FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1907, à 1 heure

Par René GIRON

Né à Castres (Tarn), le 12 juillet 1879.

ATTITUDES

DES

PARTURIENTES

Président : M. PINARD, *professeur.*
Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
LEGUEU, LEPAGE, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

A MARIE



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

ACCOUCHEUR DE LA PITIÉ

AVANT-PROPOS

Il est d'usage, au moment de terminer ses études, de remercier tous ceux à qui on doit d'être ce que l'on est, et surtout ceux à qui l'on doit d'avoir les connaissances nécessaires pour exercer dignement le noble art de guérir. Ce devoir est trop doux pour que je m'y soustraye : à mon père, dont le souvenir demeurera le guide de ma conduite ; à ma mère ; à ceux qui m'ont enseigné les humanités ou m'ont guidé dans les voies scientifiques ; à mes maîtres de l'Ecole de Clermont ou de la Faculté de Paris, je viens témoigner ici ma sincère gratitude.

Mais je tiens à le faire tout particulièrement pour mon président de thèse. Ses enseignements recueillis directement de sa bouche ou de celle de M. le Dr Lepage (1) m'ont, je l'espère, inspiré cet ouvrage.

L'accoucheur de la Pitié ne cessait de nous répéter à la suite du chef de l'Ecole de Baudelocque, et, je puis bien le dire, de l'Ecole française : « On doit avant tout faciliter à la nature l'accomplissement normal des lois qui la régissent et n'intervenir que quand elle se montre insuffisante. »

C'est ce qui m'a amené à discuter les différentes positions que l'on a jusqu'à ce jour fait prendre aux parturientes. Ce travail, bien modeste pour un tel sujet, est loin de me permettre de conclure en faveur d'une attitude donnée : une longue suite d'expériences pour lesquelles le temps et les moyens me manquent seraient nécessaire pour arriver à un résultat définitif. Mais je serais heureux si ce sujet qui fut l'objet de discussions passionnées dans les siècles passés (au XVIIIe principalement), pouvait recevoir en France une conclusion définitive.

R. Giron.

(1) Dont la bienveillance pendant le temps que j'ai passé dans son service de la Pitié, dont les conseils depuis que j'ai eu l'idée de ce travail ne m'ont jamais fait défaut.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Depuis les premiers temps du monde, on a dû chercher à modérer les douleurs de la parturition (1) et à faciliter l'expulsion de l'enfant. Quoique certains auteurs (2) prétendent que les femmes accoutumées à la vie fatigante, nomade, ou même paysanne souffrent moins et n'ont jamais d'accouchement diffi-

(1) Sauf peut-être quelques théologiens anglais, puritains si je ne me trompe, qui, se basant sur la Bible prétendaient que la femme devait rester entièrement soumise aux peines et châtiments que lui avaient attirés le péché du Paradis terrestre et qu'on ne devait pas chercher à calmer ses douleurs. — Cf. Victor Hugo : *Travailleurs de la Mer*. « La reine d'Angleterre a été blâmée de violer la Bible en accouchant par le chloroforme. »

(2) Pouchet, *C'est un phénomène acquis par la civilisation*. — Cf. surtout A Lutaud, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre) (art. Sage-femme et Obstétrique) ; Chailly ; Colliez, Th. Paris, 1898-99, p. 65 ; Th. Bonet, Méd., sept. t. XVII, liv. IV, sect. VII, obs. 12 ; Collet, Th. Paris, 1904 ; Brown, *Nouveau voyage dans la Haute et Basse-Egypte*, t. II, p. 70 ; Biet, *Voyage dans l'Isle de Cayenne*, 1664, p. 368 ; De la Roque, *Voyage en Palestine*, 1717, p. 276 ; Moreau de la Sarthe, *Hist. natur. de la femme*, 1803, p. 511 ; Heister, *Chirurg.*, sect. V. cap. CLIII ; Short, *Obstet Transact*, 1863, IV, p. 210 ; Faulkner (in Engelmann, trad. Rodet, 1886), etc. etc...

cile, il est permis de croire, suivant l'avis de Witkowski ([1]), que si la Bible nous montre dès les premiers temps des femmes spécialisées dans l'obstétrique ([2]), si nous les retrouvons chez presque tous les peuples, c'est que partout des cas laborieux se sont présentés. Sans faire appel aux accoucheurs de nos campagnes, nous pourrions citer dans la littérature médicale maints récits d'explorateurs ou de médecins de colonisation qui ont eu à intervenir pour extraire un enfant qui sans eux aurait causé la mort de sa mère ([3]).

S'il est probable que prières ou sortilèges, médicaments de toutes sortes internes ou externes, lotions, onctions ou fumigations ([4]) furent tentés dès le début ; il est aussi à présumer que par des changements d'attitude, la femme chercha à atténuer ses souffrances. De leurs premières observations, les assistants durent arriver bientôt à formuler des règles de conduite et à imposer ensuite une posture donnée.

On verra dans les chapitres suivants combien ces remarques furent dissemblables et quelle diversité de posture on infligea aux pauvres patientes. Bien entendu là ne se bornaient pas les interventions et nous retrouverons tout à l'heure l'exposé de quel-

(1) *Histoire des accouchements*. Paris, 1887, p. 71.

(2) Majalledit ou Mélaidoth qui (*Exode*, I, 19) ne servait que dans les accouchements laborieux. Il y en a plusieurs indiqués dans la Bible. Citons en particulier celui de Rachel, femme de Jacob. « A cause de la difficulté de l'accouchement, elle commença à être en danger. Or la sage-femme lui dit : ne crains point, tu auras encore ce fils... Rachel mourut donc » (*Genèse*, XXXV, 17 et 19). — Notons que cet accouchement eut lieu pendant un des voyages de Jacob (de Sichem à Béthel).

Chez les Egyptiens, elles ne devaient probablement intervenir que dans les complications. Chez les Grecs au contraire, les *μαιαι* ou *ομφαλοτομοι* assistaient à toutes les couches et faisaient appeler les médecins dans les cas difficiles (Soranus d'Ephèse).

(3) Cf. Dr Felkin, In *Edimb. med. Journ.*, avril 1884.

(4) Tous ces moyens toujours employés en Afrique et en Amérique par les peuplades sauvages, étaient encore prescrits par les médecins au xixe siècle (Cf. Filhastre, Thèse de Montpellier, 1816) et je ne suis pas sûr qu'ils soient complètement abandonnés en Europe à l'heure actuelle.

ques-unes des manœuvres que l'esprit humain inventa dans le cours des siècles (1).

(1) Engelmann et Witkowski (Voir l'« Index bibliographique »),pour ne citer que ceux-là, ont publié des travaux importants sur l'histoire de l'accouchement ; mais leurs ouvrages sont déjà vieux. Nous avons pu trouver un certain nombre de documents (quelques-uns inédits) qui ne figurent point dans leurs livres. — Notre première partie, tout en s'inspirant de ces auteurs, est donc loin d'être un simple résumé de leurs œuvres.

CHAPITRE II

ACCROUPISSEMENT

A l'heure actuelle, le premier mouvement d'une primipare lorsque le col de l'utérus est arrivé à la dilatation complète est toujours de demander le bassin ou de vouloir descendre à la garde-robe. Il faut souvent toute la persuasion de l'accoucheur pour l'empêcher de mettre ce projet à exécution et lui faire comprendre qu'il y a lieu de pousser effectivement « comme si elle allait à la selle » pour achever le travail, jusque-là involontaire, et donner naissance à son enfant. Les fonctionnements de maternité, comme les traités de médecine légale, citent tous de nombreux cas de femmes non assistées dont l'accouchement se termina dans des cuvettes de water-closets sans que leur bonne foi, du reste, put être soupçonnée.

La femme sauvage qui pour déféquer ne connaît ni le siège de nos cabinets ni même les vases qui ornent nos tables de nuit, se met dans les deux cas dans une position accroupie. Cette situation, recommandée par de nombreux thérapeutes pour les constipés comme facilitant l'effort, est considérée par plusieurs auteurs comme la plus naturelle.

Les guenons n'en prennent point d'autres, au témoignage de Mme Toussaint (1) : « En approchant, il me sembla entendre de légers gémissements. Je hâtai le pas un peu inquiète sur le sort de ma petite amie (une guenon nommée Aïcha, capturée à un âge fort tendre et qui depuis n'avait eu aucune relation avec ses congénères si ce n'est avec un mâle pris en même temps qu'elle), fouillant des yeux chaque recoin de ce dédale de verdure, quand tout à coup un cri plaintif et qui s'adressait manifestement à moi, me fit lever la tête et sur la fourche que formaient deux grosses

(1) *Par. No. J. mens. des acc.*, 1er juillet 1903.

branches d'un magnifique figuier, j'aperçus ma pauvre Aïcha qui avait l'air fort mal à l'aise : elle était manifestement en train d'accoucher.

« Adossée au tronc de l'arbre, solidement cramponnée des quatre mains à la branche sur laquelle elle s'était établie, je la voyais *pousser* comme une femme en travail par des efforts intermittents que traduisaient ses soupirs étouffés ; j'aurais voulu pouvoir l'aider, l'encourager d'une caresse, mais elle était à deux mètres au-dessus de moi, hors de portée, et malgré les invitations qu'elle semblait me faire de monter près d'elle, je ne pouvais que demeurer simple spectatrice.

« Je me penchai attentivement, fort intéressée, et bientôt je vis apparaître à la vulve par l'occiput, une petite tête brunâtre qui ne tarda pas à se dégager. Aïcha y porta la main dans un geste de prudence maternelle et bien lui en prit, car dans une contraction nouvelle au milieu d'un flot de liquide les épaules à leur tour se dégagèrent brusquement, et le nouveau-né serait certainement tombé si la main toute prête ne l'avait d'un mouvement agile ramené immédiatement en avant.

« Toujours accroupie, la délivrance n'étant pas encore faite, le cordon non sectionné lui flottant sous le ventre, Aïcha procéda d'abord à une toilette sommaire de sa progéniture. Elle lécha les yeux, les oreilles, la bouche, le derrière, puis sa main légère se mit à frotter la peau pour en enlever l'enduit sébacé. Le petit poussait de temps à autre de faibles vagissements, montrant ainsi que son poumon se mettait à fonctionner d'une manière convenable.

« Tout à coup la jeune mère s'arrêta comme immobilisée par une nouvelle colique. Elle eut le même geste qu'au moment de l'expulsion précédente. Sa main passant entre ses jambes se porta rapidement à la vulve et là, dans un dernier effort, au milieu d'un jet de sang peu abondant, elle reçut le placenta qui s'échappait. »

J'ai été demander confirmation du fait à M. Trouessard. Le savant professeur de Mammologie du Muséum m'a déclaré que : au point de vue de la conformation anatomique du bassin et des or-

ganes génitaux, il n'y avait pas de différences sensibles entre la femme et la guenon.

De l'observation des unes, on pourrait donc, sans trop de présomption, déduire quelle doit être l'attitude réellement instinctive des autres. Malheureusement il n'a pu me documenter sur cette question. Je dois néanmoins remercier ici M. le professeur Trouessard qui a bien voulu me promettre de me prévenir dès qu'une guenon de la ménagerie aurait accouché. La terminaison plus rapide que je ne le pensais de ce travail m'a empêché de profiter de sa bienveillance ; aucun petit singe n'étant venu au monde au Jardin des Plantes avant l'impression de cet ouvrage. J'ai dû comme complément de cette observation me contenter des explications suivantes dues à un gardien de ces animaux (1), qui n'a lui-même assisté qu'à la fin d'un seul accouchement, et par hasard, car ceux-ci se font normalement la nuit. Dans ce cas là, le produit venait d'être expulsé et la femelle était couchée sur le côté.

*
* *

Quoi qu'il en soit, si les guenons se placent dans une attitude rappelant l'accroupissement, il faut observer que c'est dans une posture familière aux singes que la gentille Aïcha mit sa progéniture au monde. L'habitude est une seconde nature, dit-on. Ne voit-on pas les tailleurs s'asseoir de longues heures sur leurs jambes croisées ; ce qui serait un tourment pour tout autre que pour eux. Et si dans l'accouchement on rencontre encore la posture accroupie chez un certain nombre de peuplades, c'est que chez la plupart de celles-ci, elle est d'un usage constant dans la vie ; certains porteurs nègres en particulier n'en prennent point d'autres pendant les haltes.

Du reste, il y a une petite différence entre les diverses attitudes d'accroupissement :

« La jeune négresse de l'oasis de Biskra, dont parle l'auteur

(1) Au Jardin d'acclimatation, il n'y a jamais eu de reproduction de singes anthropoïdes et la Direction ignore comment s'opère la mise-bas de ces animaux.

que nous venons de citer [1], était toute toute nue, assise sur ses talons, au milieu d'un jardin ombragé par deux étages de verdure, les grandes frondaisons de palmiers tout en haut et plus bas les branches odorantes et touffues des citroniers en fleur. Vous connaissez n'est-ce pas cette façon de s'assoir qui pour nous serait un supplice et qui est pour les nègres un repos. Les doigts de pied seuls portent sur le sol et les faces postérieures des deux talons servent de tabourets rembourrés par les tendons d'Achille.

« C'était dans cette posture peu confortable que la jeune femme poussait les gémissements classiques des douleurs préparantes et s'apprêtait à accoucher. Elle s'appuyait parfois au tronc d'un oranger de petite taille qui se trouvait devant elle. Elle s'y accrocha même des deux mains quand les douleurs d'expulsion se firent sentir et qu'elle commença à *pousser*.

« Comme pour Aïcha, il était visible que ça allait se passer tout seul, mais ma collègue noire ne l'entendait pas ainsi pour l'honneur de sa profession et pour les intérêts de sa bourse. Elle retroussa résolument les lambeaux d'étoffe qui avaient la vaine prétention de masquer ses charmes opulents, se mit ainsi à moitié nue, ce qui n'avait du reste aucun inconvénient puisqu'il n'y avait là que des femmes et que les hommes étaient soigneusement tenus à distance, puis elle alla s'asseoir sur le sol, les jambes écartées, derrière la parturiente de manière à pouvoir procéder facilement à toute manœuvre opératoire nécessaire.

« Quand elle se fut ainsi installée, on déposa tout près d'elle un bassin de terre cuite rempli d'huile d'olive qu'on avait fait bouillir et qui était encore très chaude. Un chiffon y avait été placé pendant la cuisson et y trempait encore. Elle commença à se frotter avec cette huile les bras et les mains à quatre ou cinq reprises. Elle prit ensuite le chiffon et en frictionna la vulve de la patiente, ses fesses et ses cuisses.

« Cette onction antiseptique était à peine terminée quand la tête apparut à la vulve. Sur un ordre bref, la parturiente toujours solidement accrochée à son oranger tomba à genoux penchée en

(1) *P. N. j. m. des acc.*, 1er août 1903.

avant. L'accoucheuse, le poing fortement appliqué contre le périnée laissait se faire lentement le dégagement. Au moment où dans une dernière poussée la tête fut expulsée, l'accouchée affolée y porta machinalement sa main noire. Je crus revoir Aïcha sur son figuier. Mais Aïcha n'avait pas derrière elle l'experte matrone qui opérait sous mes yeux. La petite tête fut immédiatement ointe d'huile chaude et les épaules se dégageant à leur tour, le bébé arriva entre les mains de ma collègue qui se mit tranquillement à la frictionner. »

Cette posture est universellement répandue chez les indigènes juifs et musulmans de l'Afrique du Nord, au témoignage de M. Raynaud, directeur de la Santé, médecin des hôpitaux d'Alger. Dans une très aimable lettre,il a bien voulu me compléter ce qu'il en dit dans son livre « Hygiène et médecine au Maroc », par les lignes suivantes : « Les femmes africaines accouchent accroupies sur un siège peu élevé, il peut y avoir des accidents pour l'enfant (chute ou fracture, contusion, déchirures du cordon, hémorragies, etc.) et pour la mère. Les plus importants sont la déchirure de la vulve et du périnée, les matrones sont placées en face de la femme qui accouche et présentent les mains seulement pour recevoir le produit ; on fait pousser la femme tant qu'elle peut, elle s'appuie pour cela sur une corde ou une ceinture attachée au plafond et toutes ou presque toutes les arabes ont une déchirure à la suite de leurs couches. Très souvent l'accouchement est favorisé par la position (pesanteur) et se précipite, ce peut être un avantage, mais c'est plutôt un inconvénient à la première grossesse en ce que les parties ne sont pas assez longuement préparées au passage. »

Vers le Nil Blanc, dans le district de Kerrie [1] « il existe aussi une coutume très répandue qui consiste à creuser un trou dans lequel on allume du feu. Au-dessus, dans un chaudron, on met bouillir des herbes. La femme s'accroupit de telle façon que la vapeur puisse humecter et adoucir les passages. Par ce moyen, on rendait le travail beaucoup plus aisé ».

(1) Dr Felkin, In *Edinburgh Med. journ.* (avril 1884), traduit par le Dr Bouchet dans la *France médicale* et par Rodet, in trad. d'Engelmann.

« Dans l'Ounyoro (1), la plupart des femmes accouchent accroupies et tournent autour d'un pieu enfoncé en terre jusqu'au commencement des douleurs. A ce moment, elles font un effort sur le pieu et si le placenta ne descend pas, la pratique invariable est de pétrir et de tamponner le ventre avec un bâton dont une extrémité repose sur le sol et l'autre sur l'abdomen. Puis la femme, se portant alternativement en avant et en arrière, exerce une pression rythmée sur le fond de l'utérus. »

Witkowski résumant Engelmann dit : « La position accroupie qui répugne aux femmes civilisées, sans doute parce qu'elle rappelle celle prise pour la défécation, est pourtant l'attitude la plus favorable aux évacuations du bassin. Les sauvages plus avisés l'utilisent fréquemment en s'appuyant sur les genoux ou sur un pieu fiché en terre, comme nous l'avons signalé dans l'Ounyoro. On observe encore cette posture naturelle chez les Tonkawas, les Fuégiens du Sud, les Coyoteros ou Apaches des Montagnes Blanches. Les Nez-Percés, les Gros-Ventres s'accroupissent aussi. Il en est de même à Laguna-Pueblo dans les premiers moments de la couche. Chez quelques indiens de la grande tribu des Sioux, les femmes empoignent en s'accroupissant des courroies de peau de daim nouées autour d'un poteau fiché en terre. Au Nouveau-Mexique, les femmes se suspendent à moitié accroupies à un bâton attaché à une corde fixée au plafond. »

Verrier donne des détails suivants sur une vieille statue, datant probablement des premières races mexicaines et appartenant à M. Dancour, membre de l'Académie des Sciences qui l'a présentée à la Société d'anthropologie : « M. Hamy croit qu'il s'agit de la déesse des accouchements. Dans tous les cas, le dessin de cette statuette représente une femme accroupie dans la position indiquée par M. Duhousset pour l'accouchement dans certaines contrées de la Perse. Seulement il n'y a pas ici de matrone ; une déesse ne doit-elle pas accoucher seule? Les bras, au lieu de reposer sur les genoux sont appliqués le long du corps et servent à écarter avec la main les organes de la génération ; la face tour-

(1) Dr Feikin, *Ibid.*

née en haut exprime la souffrance. Le cartilage thyroïde, les clavicules font saillie sous la peau. »

Ainsi qu'on le voit, en Perse, les femmes accouchent dans cette attitude. D'après le colonel Duhousset et Ujfalvy, la matrone s'assied sur les épaules de la parturiente ou lui appuie les genoux au niveau des reins, croyant, en joignant ses efforts à ceux de la mère, hâter l'expulsion du fœtus.

Chez les Indiens Pawnes, nous assistons d'après la gravure ci-



Fig. 1.

jointe (fig. 1), non seulement à un accouchement accroupi. mais à une fumigation de tabac et à un vacarme produit par une courge vide et destiné à chasser les mauvais esprits.

Au Japon, on rencontre aussi parfois la posture qui nous occupe : « On fait sans relâche frictionner la région sacrée par les personnes qui entourent la femme en travail : la douleur s'étend ainsi progressivement par en bas et on voit survenir le besoin d'aller à la garde-robe : alors la femme dénoue sa ceinture

(la ceinture japonaise est très large). La femme s'assied (accroupissement japonais) les talons appuyés contre chacune des fesses. Le médecin s'assied devant la femme, celle-ci se penche en avant, embrasse le cou du médecin avec ses bras et prend un point d'appui sur ses épaules. Il enveloppe alors sa main droite avec une serviette, la pousse entre les deux cuisses de la femme et soutient avec l'os de la paume de la main (os imaginaire ne répondant à aucune notion anatomique) le coccyx. Il laisse alors la femme s'asseoir, embrassé son corps de son bras gauche et à chaque douleur relève sa main droite pendant que du bras gauche il relève en même temps un peu le corps de la femme. Après quelques douleurs, il retire la serviette qui entoure sa main droite, introduit l'index et le médius dans le vagin de façon à exercer une pression en avant et en haut en partant de l'anus pour s'assurer de la situation du fœtus. Il sent alors l'orifice de la matrice contracté en dedans. La tête du fœtus encore recouverte par les membranes donne la sensation d'une serviette mouillée. Le médecin doit s'asseoir sur un petit banc qui sert d'appui aux pieds de la femme. Il étend ses jambes de manière à ce que ses pieds soient en contact avec les fesses de la mère et il maintient le ventre de celle-ci entre ses genoux afin que l'enfant n'ait pas de place pour s'incliner sur le côté. De la main droite, il soutient le périnée. De la main gauche, il embrasse le ventre comme il a été dit plus haut ; enfin son épaule doit exercer une pression sur la région précordiale » (1).

Pour terminer cette rapide revue, citons les Micronésiens et les Polynésiens, dont « les femmes s'accroupissent comme pour la défécation au-dessus d'un petit trou destiné à recevoir l'enfant » (2), et plus près de nous les Kalmouks ou Mongols occidentaux qui errent sur la frontière russo-chinoise. Leurs femmes, pendant la période d'expulsion, s'accroupissent sur les talons au milieu de la tente en se soutenant de leurs mains à une perche verticale.

(1) Kangawa, *San-Rong*, Omi 1767, traduit par Müller et Charpentier, in *Archives de Tocologie*.

(2) Witkowsky, *Histoire des accouchements*.

Pendant ce temps, un aide placé derrière leur masse fortement le ventre. « Cette femme est parfois remplacée par un vigoureux jeune homme que le mari nourrit gratuitement et héberge dans sa tente pendant le temps nécessaire en échange du service qu'il est appelé à rendre. Dès le début des douleurs, il s'assied à terre, prend la femme sur ses genoux, lui presse et lui frotte l'abdomen du haut en bas » (1).

Enfin en France, les femmes de certaines provinces — le



Fig. 2.

Morvan par exemple — (fig. 2) ont conservé l'habitude d'accoucher ainsi.

Au début, l'accroupissement semble donc avoir été répandu dans toutes les races. Nous avons déjà parléla statuette de M. Dancour, datant des premières peuplades mexicaines. « Partout où des dessins plus ou moins parfaits nous fournissent des documents sur les mœurs de la haute antiquité, on

(1) Krebel, *Volksmedecin und Volksmittel Verschiedener Volkerstamme Russlands*, 1858. — « Si la couche devient laborieuse, ajoute Witkowski, une ou deux femmes montent sur les épaules de la patiente pour lui imprimer des secousses vigoureuses. »

rencontre des représentations de scènes d'accouchement où l'on voit toujours la patiente accroupie sur ses orteils, sur ses genoux, et souvent sur ses mains, tandis que celle qui vient à son aide, la matrone, placée par derrière, la soutient dans ses efforts et reçoit l'enfant au moment où il se présente. En Egypte, par exemple, on trouve dans les temples et sur les monuments funéraires des esquisses gravées sur la pierre représentant des accouchements dans cette posture » (1). Mais presque de suite il y eut des modifications et, non seulement l'accroupissement de la négresse de Biskra sur ses orteils n'est pas tout à fait le même que celui de la Perse sur ses plantes de pieds ou de la Kalmouk sur ses talons, mais la femme se laissa souvent aussi aller à terre et accoucha assise avec les jambes plus ou moins allongées, tandis qu'ailleurs, au contraire, elle se mettait à genoux ou tombait sur le ventre.

(1) Toussaint, *loc. cit.*

CHAPITRE III

AGENOUILLEMENT

Le pasage d'une attitude à l'autre, dont nous parlons en terminant le chapitre précédent présente un certain nombre d'exemples. C'est ainsi que sur un vase antique (fig. 3) nous trouvons



Fig. 3.

Leto dont tous nos lecteurs se rappellent la légende, en train de donner le jour à Apollon dans une posture mi-accroupie, mi-agenouillée.

C'est aussi une position intermédiaire qui est adoptée en Perse d'après la figure 4. Et ce fait est d'autant plus intéressant pour

nous que l'accroupissement au moment de la parturition est très répandu dans ce pays ; le docteur Polak, médecin du Shah, confirme sur ce point le colonel Duhousset et de Ujfalvy que nous avons déjà cités. En période d'expulsion les femmes se tiennent, d'après lui, les jambes croisées à la manière des Orientaux ; mais tout aussi souvent elles se mettent en ce demi-agenouillement sur deux piles de briques que l'on voit sur la figure ci-jointe (4).



Fig. 4.

On ne peut déjà plus ranger comme posture intermédiaire celle des Japonaises, le corps penché en avant, une sage-femme les soutenant et leur massant le ventre (1).

On a dit qu'elles étaient assises à ce moment-là ; mais l'accroupissement japonais consiste à mettre les fesses en contact avec les talons. — Voyez plutôt la figure 5.

Au témoignage d'Engelmann (2), dans les environs d'Aden (Arabie), en Mongolie, chez quelques Caucasiennes immigrées en Amérique qui l'ont apportée de leur pays d'origine, chez presque tous les Peaux-Rouges et dans le Guatemala, en Abyssinie et en Ethiopie, chez les Cafres et les Waseyna ; en Océanie (Micro-

(1) D. N. Kanda, de Tokio.

(2) *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs.* Trad. Rodet, Paris, 1886.

nésiens et Polynésiens occidentaux) ; bref, dans les cinq parties du monde, on rencontre, on a rencontré, l'accouchement à genoux dans les différentes modalités qu'il peut présenter.

Voyons en quelques-unes :

En Egypte où les hiéroglyphes montrent souvent une femme accroupie dont les jambes écartées laissent sortir, la tête en bas,



Fig. 5.

un fœtus, expulsé à mi-corps (V. l'obélisque de Louqsor sur la place de la Concorde) nous trouvons rapidement d'autres caractères symboliques où le sujet est nettement à genoux.

Et au temps de Cléopâtre, on accouchait toujours ainsi si nous en croyons un bas-relief du Temple d'Esneh qui se rapporterait à cette reine.

Du reste cette manière de faire avait passé chez les Grecs primitifs (qui ont dû beaucoup à la civilisation égyptienne), et on lit dans l'hymne à Apollon Delien, remontant vraisemblablement à l'époque d'Homère (1) :

« Aussitôt qu'Illithye, arbitre des douleurs (2), atteint Delos,

(1) Il lui est même attribué.

(2) Déesse des naissances.

l'enfantement saisit Letho, elle se sent près d'accoucher, elle jette ses deux bras autour d'un palmier et appuie ses genoux sur le tendre gazon ; et la terre au-dessous d'elle sourit et l'enfant bondit à la lumière. »

A Tegée, la déesse des accouchements était Αυγε γονυπετης Decharme traduit l'aurore à genoux, rappelant que c'est en s'agenouillant que cette déesse avait mis Téléphe au monde et que cette « posture était supposée favoriser l'accouchement ».

Les Tartares (1) restent agenouillées pendant toute la durée du travail.

En Chine (2) « elle se tient verticalement appuyée sur les genoux pliés et écartés : les mains placées sur les cuisses fournissant un point d'appui au corps qui est du reste maintenu en arrière par l'aide sage-femme, laquelle est assise et soutient les aisselles avec ses mains en donnant sur sa poitrine un appui à la tête. Pendant ce temps, l'accoucheuse, placée en avant un genou en terre peut maneuvrer avec assez de facilité dans l'espace laissé libre entre les cuisses ».

Il est aussi question de cette attitude dans les poètes romains (3).

Dans un groupe allégorique du Musée d'ethnographie du Trocadéro, trouvé à Ouitcha (Bas-Niger), on remarque une femme qui, dans la même posture, expulse un enfant au-dessus d'un trou fait dans le socle.

Est-ce suffisant pour en déduire les habitudes de ce pays ?

Les Kamschadales (4) accouchent à genoux devant tous les habitants du village sans distinction d'âge ni de sexe.

Les Ottavas et les Chippevays (5), faisant des tractions sur un bâton horizontal (fig. 6) se mettent dans cette position.

Il en est de même pour les femmes de l'Ohio qui se tenant en avant à une barre horizontale, s'en approchent et s'en éloignent en fléchissant leurs articulations fémoro-tibiales (Reausy).

(1) Witkowski, *Histoire des accouchements*, p. 391.
(2) Hureau de Villeneuve, Thèse de Paris, 1863.
(3) Verrier, *Bull. et mémoires de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1885.
(4) Fletter.
(5) Dr Allen.

Les Mexicaines tirent sur une corde verticale tandis qu'on leur serre le ventre avec un câble ou un drap roulé ; on fait descendre celui-ci de plus en plus à mesure que l'expulsion s'avance (V. plus bas le même fait chez les Wanikas et les Creeks).

Chez les Apaches qui se mettent aussi à genoux pour accoucher, non seulement la femme se tient à la corde, mais s'il y a dystocie, on la passe sous ses aiselles, et on la soulève avec.

L'attitude des Commanches représentée dans la figure 7 est à comparer avec celle des habitants de l'Ounyoro.



Fig. 6.

D'après le major Forwood, elles sont obligées de s'éloigner du camp et par une haie circulaire faite avec des branches d'arbre fichées dans le sol, on leur entoure un emplacement éloigné. En face de l'entrée, des piquets espacés de plusieurs pas. Dans l'enclos on enlève deux cubes rectangulaires de gazon : dans l'un de ces trous on met une pierre chauffée et dans l'autre de la terre meuble ; un piquet à proximité de chacun d'eux permet à la femme, quand elle se place au-dessus, de se cramponner : lorsque

à chaque douleur, elle s'agenouille, un aide lui imprime en même temps des secousses latérales. Le trou à la pierre chauffée sert à faire une sorte de fumigation, le terreau de l'autre boit les liquides et amortit la chute de l'enfant. Dès la délivrance faite, elles bouclent leurs ceintures de cuir et rejoignent le camp voisin.

Les Kiowas ont une attitude analogue ; mais c'est cramponnées au pilier de leur tente qu'elles donnent naissance à leurs enfants.

Du reste cette attitude procurerait d'excellents résultats et nous verrons dans la seconde partie les arguments invoqués en sa fa-



Fig. 7.

veur. Jetons un regard en passant sur la figure 8, c'est l'agenouillement en extension forcée prescrit par Scipion Mercurius en cas de dystocie chez les obèses (1).

Citons les Malgaches (2) qui « engagent le plus souvent (*les multipares*) à se mettre sur les genoux et les cuisses écartées. La raison de cette position différente est tout simplement de protéger le périnée chez la primipare (accouchement en décubitus

(1) *Commare O. Riccoglitrice*, lib. II, 1595.
(2) Thèse Ranaivo, Paris, 1902.

latéral). Le périnée de la multipare ayant déjà fait ses preuves; ne nécessite pas de si grandes précautions. Ce qui importe, c'est de terminer l'accouchement le plus rapidement possible et la position sur les genoux est considérée comme plus favorable à cette opération. Lorsque la parturiente commence à pousser, la sage-femme s'accroupit devant elle pour qu'elle puisse s'accrocher sur ses deux épaules. D'ailleurs cette position donne à la praticienne plus de facilité pour manœuvrer (?) ».

Cette posture employée systématiquement se retrouvait, il y a peu d'années et se retrouve peut-être encore chez les paysannes de la Creuse et du Morvan [1] qui « accouchent souvent seules,

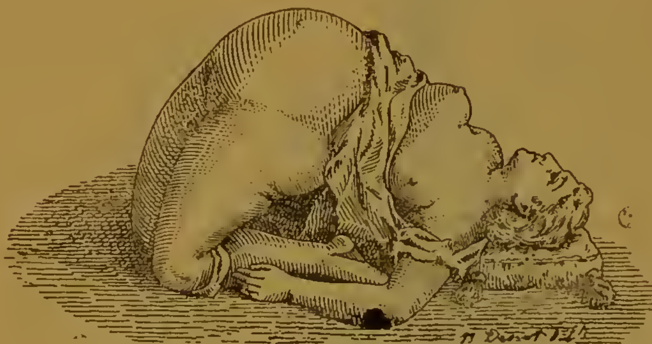


Fig. 8.

agenouillées entre deux chaises sur lesquelles elles reposent par le creux de l'aiselle » (V. fig. 2. une attitude analogue dans l'accroupissement).

En Pensylvanie, c'est devant le siège d'une chaise que se mettent les femmes de race blanche ; dans le Gâtinais, il en est encore de même, mais la future mère se met sur les cendres chaudes du foyer, d'où le nom de « ramasseuse » à la matrone qui vient y prendre l'enfant expulsé.

« Dans la Sarthe, de temps immémorial, les accouchements se font comme suit ; si l'accouchement se fait facilement la femme reste sur le dos ; mais s'il y a la moindre difficulté à la sortie de l'enfant, on met la femme en position accroupie, comme pour

(1) Dr Camille Bonnemaison, Thèse de Paris, 1898.

aller du corps, ou bien à genoux, les cuisses fortement écartées ; on dispose sous la femme un panier garni de paille. L'enfant ne manque pas d'être expulsé grâce à cette position et tombe sans se faire mal dans le panier. »

M. le Dr Mérab qui nous a donné ces renseignements (14 juillet 1906) ajoute : « Mme Hérault, sage-femme à Mayet (Sarthe), continue ces errements et s'en trouve bien. »

Du reste « on l'enseigna chez les Arabes et on la recommandait en Allemagne en cas de dystocie » (1).

L'expérience justifierait cette manière de voir, M. le docteur Constantin Vlachos de Larisse a bien voulu nous envoyer une relation inédite d'où nous extrayons ce qui suit : « Dans les campagnes lorsque l'accouchement est pénible, chez les primipares surtout, la vieille femme du village que l'on considère comme la plus capable intervient dès qu'elle trouve la jeune femme suffisamment fatiguée ; elle la fait lever et placer en genu-pectorale, la femme s'appuyant bien en serrant avec ses mains une bonne chaise tenue par un de ses parents. J'ai vu plusieurs accouchements de cette façon et j'ai été frappé de la facilité avec laquelle les femmes accouchent dès qu'elles prennent cette position. Aucune déchirure de leurs parties molles, si la matrone était un peu intelligente et protégeait le périnée. »

*
* *

Paul d'Egine prescrivait de mettre les femmes obèses sur les genoux et les coudes (*de re medica*, lib. III, cap. 76) et il fut suivi par de nombreux auteurs (2).

(1) Verrier, *loc. cit.*

(2) Herman, dans la traduction de Moschion, *Gynéc.*, part. I, cap. XII. Collect. Is Spachii. Argent. 1597 veut : « ut mulier in genua ad dentes decumbat si ipsa admodum pinguis et partus retro ad orificio matricis fit ». — Conf. aussi Avicenne, lib. III, fen. 21, tract. 2, cap. 23 ; Janus Damascenus, Art. Cur., lib. VII, cap. 16, p. 640, Lugd 1574 ; Altomari, *De medendis Corp. Hum. malis*, cap. 114 ; Nic. Rocheus, *De morb. mulier. cur.*, cap. 28 ; Jas a Pratis, *De pariente et partu*, cap. IV, p. 61, etc.

Roeslin (*Schwangerer Frauen Garten*, cap. IV) l'ordonne pour les obèses et pour les femmes atteintes d'ulcères variqueux (!!).

Aetius propose de plus : « Non solum pingues et carnosas mulieres, verum etiam quibus ob destortam fortassis spinam nimis magna lumborum cavitas fit, pronas parere debere » (1).

Peu (2) fait placer les parturientes dans l'attitude de ceux à qui l'on incise une fistule à l'anus, si elles sont boiteuses, cagneuses ou bancales, ou s'il veut mettre les fers pour sortir une tête hésitante au-dessus des os innominés.

Deventer (3) la conseille pour réduire les procidences du cordon.

Mais ces postures furent employées même pour les accouchements naturels et on retrouve encore sur les genoux et les coudes les Roumaines (4), les Irlandaises (5). Les Fuégiennes (6) et les Canraques de la Nouvelle-Calédonie se mettent à quatre pattes (7); les Modocs dans une posture comparée à celle des Arabes en prière, les mains appuyées sur le sol (8).

C'est une position analogue à celle que Verrier (*loc. cit.*) appelle génu-pectorale ou faciale, qui au témoignage de E. L. Morgan est employée en cas de dystocie par les Gros-Ventres, les Creeks et les Indiens Kootenais (fig. 9). Les femmes sont placées à genoux, la face contre terre, les mains fixées à un pieu enfoncé au devant de la tête. Leurs maris les enjambent et soulevant le bassin avec leurs bras, compriment l'utérus avec leurs mains (Dans les accouchements ordinaires à la période d'expulsion, les Gros-Ventres s'agenouillent sur des peaux de bêtes entre lesquelles on a interposé une couche de boue et elles appuient leur tête sur leur lit).

Si nous passons en Afrique, nous trouvons les faits suivants

(1) Gunz, *Commentatio de commodo parient. situ.*
(2) Liv. I, chap. x, p. 108, *Prat. des accouch.*
(3) *Novum lumen obstetric*, cap. 38.
(4) Witkowki.
(5) Legros, « Lettres obst. ». *Gaz. des hôp.*, p. 291, n° 73 (23 juin 1864).
(6) Verrier, *Loc. cit.*
(7) Witkowski. *Hist. des accouch.*, p. 437.
(8) *Ibid.*, p. 429.

dans les observations du Dr Robert Felkin (1) : Les Schulis ont une attitude voisine, mais s'étendent davantage à ce moment là pour



Fig. 9.

recevoir des fumigations (fig. 10) ; les Wanikas surtout au moment de la délivrance. Les Croow Creeks qui, comme ces dernières ont une ceinture que l'on resserre au fur et à mesure de l'accouchement, sont encore plus allongées (fig. 11) ; mais elles se redressent pour la délivrance. Dans l'Uunyoro (Afrique centrale) et vers le Nil Blanc une posture analogue est usitée en cas de



Fig. 10.

(1) *Loc. cit.*

dystocie, avec une bûche sous l'estomac et une fumigation d'herbes aromatiques sous la vulve.

Nous aboutissons à l'extension complète sur la surface antérieure du corps, au Congo [1] et en Chine [2].

Chez certaines tribus du Congo [3], « quand le travail est labo-



Fig. 11.

rieux ou qu'il y a rétention du placenta, on place la parturiente sur le ventre, puis on la retourne sur le dos, on la presse, on la pétrit de tous côtés jusqu'à l'expulsion du fœtus ».

Ces manœuvres auraient pu nous servir de transition pour étudier le décubitus latéral ou dorsal ; il semble plus logique de ne décrire ces attitudes qu'après avoir vu la position assise. C'est de cette dernière situation en effet, que petit à petit, nos prédécesseurs en obstétrique sont arrivés aux habitudes actuelles.

(1) Bas-Congo, d'après une sculpture sur ivoire du Musée du Trocadéro.

(2) Conf. le « Tat. Shang. Pin » (*Recueil obstétrical*, cité in Engelmann, trad. Rodet) qui dit : « Quand les yeux voient des lueurs comme des étoiles, c'est alors qu'on reconnaît que le moment précis est arrivé et qu'il faut laisser la femme se coucher sur le ventre. » — Dans la plupart des situations citées dans ces derniers paragraphes, l'accouchement a nécessairement lieu par derrière et c'est là que se tient l'assistante.

(3) Dr Felkin, *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

ATTITUDE ASSISE

Ainsi que nous l'avons dit en terminant notre deuxième chapitre, la femme accroupie peut sous l'influence de la fatigue se laisser aller en avant et elle tombe à genoux ou en arrière et elle accouche assise. Le premier mode étant l'objet du précédent chapitre ; nous étudierons dans celui-ci les peuplades nombreuses qui ont l'habitude de s'asseoir pour la parturition.

Jetant un coup d'œil sur l'histoire de l'Europe, nous verrons que la plupart des accoucheurs du moyen âge ont prôné cette attitude et qu'il n'y a pas un siècle qu'elle est définitivement abandonnée par la science officielle (1). Cependant dès 1832 (2), Devergie enseigne que les douleurs d'une parturiente l'empêchent de s'asseoir sur les cabinets. Bayard et Tardieu partagent son avis et Paul Lorain écrit (3). « Si une femme prétend accoucher à son insu sur des lieux à l'anglaise, on peut affirmer que le fait est faux. En effet, cela est impossible *attendu que la femme ne peut accoucher assise.*

« Il faut qu'elle soit couchée ou accroupie.

« En admettant qu'elle fût surprise par l'accouchement alors qu'elle est assise, elle serait obligée à ce moment d'écarter les cuisses et de se tenir debout ou couchée en arrière. »

Or, en même temps, le 23 juin 1864 (4). Legros indiquait que dans l'arrondissement de Bourganeuf (Creuse) les parturientes conservaient encore la coutume d'accoucher assises sur une

(1) Conf. Thèse de Filhastre, Montpellier, 1816.

(2) Devergie, « Consult. médic. lég. en matière d'infanticide », *Ann. d'hyg. publique et de méd. lég.*, 1832, 1re série, t. VIII, p. 351.

(3) In *Dict. de méd. et chir. pratique*, t. I, 1864, p. 317.

(4) In *Gaz. des Hôp.*, 37e année, n° 73, p. 290.

chaise de cuisine, l'enfant reçu dans un drap placé au devant des organes génitaux. Toujours la même année (1864) Depaul (1) disait : « Quant aux fauteuils, aux chaises-lits... ., il n'en est plus question chez nous déjà depuis longtemps ; mais il n'en est pas de même dans certaines contrées d'Allemagne où l'on se sert encore de ces chaises, etc. »

*
* *

C'est chez les Sioux et les Cafres que la posture qui nous occupe est la plus voisine de l'accroupissement. Leurs femmes s'asseoient sur la terre, appuyées ou non après un arbre.

Dans la province d'Astrahan, au moment de l'expulsion, la femme se met dans la même attitude sur le plancher, mais s'ap-



Fig. 12.

puie en avant sur deux sièges ou deux troncs d'arbres. Cependant, fait curieux, le besoin d'un étai se fait sentir surtout en arrière et plus rapidement que dans toute autre position : le plus commode est un soutien humain. C'est pourquoi (2) l'on voit successivement une voisine complaisante qui, district de Bari (fig. 12), offre son dos à celui de la parturiente ou district de Madi (Darfour) la tient enlacée.

Cependant « quand la femme ne peut être assistée de plusieurs amies, on lui fait un tas de sable contre lequel elle s'adosse et elle reste dans la même position jusqu'à la naissance de l'enfant,

(1) In *Dict. encyclop. des sciences médic.* (Dechambre), p. 413.
(2) Dr Felkin, *Edimb. med. journal*, avril 1884.

prenant de temps en temps quelques gorgées d'infusion de semences de millet ».

Tous n'ont pas l'ingéniosité des habitants de ce même district qui établissent « un lit de sable sur lequel, elle (la femme en travail) s'étend et prenant avec les pieds un point d'appui sur les deux pieux, pendant qu'avec les bras elle serre ses genoux, elle redouble ses efforts aidée par une autre femme qui lui soutient le dos » (1). Le sable se moule autour du corps et supporte le périnée.

Aux îles Marquises (1882), d'après le récit du Dr Clavel, « celle-ci, quand l'accouchement est imminent, s'assied à terre ou sur une natte, le dos appuyé sur un objet dur ou soutenu par une personne accroupie derrière elle ».

A Tahiti, c'est le mari qui soutient son épouse en mal d'enfant. Aux îles Andaman (Dr Mondieres), l'aide s'asseoit sur une pierre et la femme fléchit les jambes ; quand elle est fatiguée de les tenir ainsi elle-même, ce sont les assistants qui lui maintiennent les genoux.

Avec la civilisation, les sièges parurent et on perdit complètement l'habitude soit de s'accroupir, soit de s'asseoir à terre. C'est pourquoi on vit les parturientes se placer sur quelque chose d'élevé au-dessus du sol : billot, escabeau ou chaise.

A quelle époque cela remonte-t-il ?

Certains concluent d'un passage de l'*Exode* (I. 16) (2) que, chez les Israélites à la sortie d'Egypte, il y avait des meubles spéciaux pour l'accouchement (3). Et la discussion fut grande à un moment donné pour savoir si le mot hébreux « ebnaim » (*super sellas de la Vulgate*) signifie une chaise, ou comme le veut Malgaigne, le bas du dos de la femme.

(1) Dr Felkin, *Ibid.*

(2) « Quand les femmes des Hébreux seront sur le siège et que le temps de l'enfantement sera venu, si c'est un garçon tuez-le ; si c'est une fille, conservez-la. »

(3) Günz, *De commodo part. situ* dit : « Etsi Galeno antiquiores medici nihil de sella scripserint ejus si tamen usum jam antiquissimis temporibus apud Ebrœos et forte etiam Œgyptos obtinuisse quod clarum est ex Pharaonis mandato, etc. », p. 447.

Dans tous les cas, un bas-relief du palais de Louqsor montre qu'à peu près à cette époque les Egyptiennes accouchaient assises [1].

*
* *

Quoi qu'il en soit, au temps des Patriarches, leurs concubines se plaçaient sur les genoux de l'épouse légitime [2]. On voit qu'il s'était introduit ainsi une idée d'adoption ou de reconnaissance de la légitimité de l'enfant qui se montre encore dans le passage suivant (*Gen.*, L. 22) : « Les enfants même de Machir, fils de Manassé, naquirent sur les genoux de Joseph. » Que ces paroles soient dites au réel ou au figuré [3], il n'en est pas moins vrai qu'elles indiquent une coutume qui persiste encore chez certains Mahométans.

Dans l'oasis du Fayoum, désert de Libye, à 120 kilomètres du Caire auquel il est relié par chemin de fer, se passe la scène suivante : « La vieille épouse légitime qui, comme je l'ai dit, attendait sans mot dire, se leva et, entourée de toutes ses femmes, s'en fut prendre place avec une extraordinaire dignité, sur une espèce de chaise qui se trouvait au milieu de la salle. Là, comme dans l'accomplissement d'un rite, elle se dépouilla de la longue étoffe flottante qui l'enveloppait et apparut dans sa nudité de femme déjà flétrie par l'âge. Sur ses genoux écartés, on vint alors asseoir, complètement nue également, la parturiente qui était depuis un moment aux douleurs expulsives. La tête se présentait déjà à la vulve élargie par la sanglante opération de tout à l'heure. Entre ses jambes, une des matrones vient se mettre à genoux pour recevoir l'enfant et opérer la délivrance » [4].

(1) La parturition à genoux subsistait pourtant puisque nous l'avons encore rencontrée au temps de Cléopâtre. — V. chap. III.

(2) Mais Rachel [stérile] : « J'ai, reprit-elle, ma servante Bala ; prends là afin qu'elle enfante sur mes genoux et que j'aie par elle des enfants. » *Gen.*, XXX, 3, trad. Glaire.— La littérature sur l'obstétrique biblique est considérable : nous renvoyons à l'Index bibl. pour plus de détails.

(3) Conf. *Accouch. de Thamar*, par F. Hubert, Lyon, 1846. La littérature sur l'obstétrique biblique est considérable. V. l'Index bibl.

(4) L. Tousssaint, *J. des acc.* du 1er mars 1901.

Et l'auteur ajoute [1] : « Elles (ces coutumes) affectent surtout une signification symbolique qui ne manque pas d'importance dans une famille polygame. Elles expriment l'idée très haute au point de vue social, idée que l'on retrouve fort développée en Chine et dans d'autres pays, que tous les enfants d'un père de famille, quelle que soit leur provenance maternelle, qu'ils soient engendrés par une esclave, par une servante ou par une concubine de plus haute condition, sont censés, pour pouvoir être légitimés, nés de l'épouse. Et c'est pour cela que vous avez vu celle-ci au moment où la couche se termine, faire asseoir l'accouchée sur ses genoux écartés, de façon que l'enfant qui se dégage semble en quelque sorte provenir de ses propres flancs.

« D'autres fois, par un symbolisme plus élevé encore peut-être, c'est le père de famille lui-même qui vient prêter ses genoux à sa femme qui accouche. C'est de lui alors que semblent directement sortir tous ceux de sa race. Les féminines entrailles où se développèrent les germes déposés par lui ne comptent plus dans cette fiction familiale. Lui seul suffit à établir la filiation et la légitimité de la famille ».

Ecoutons plutôt le récit suivant qui a pour scène les bords du lac Birket Kharoûn) : « Mais sur ce siège, au lieu d'une des épouses légitimes que nous nous attendions à y voir, se tenait gravement assis le maître lui-même, le cheikh de Senhoûr à demi-dévêtu. Il attendait immobile et muet. Quelques flambeaux éclairaient vaguement. Des parfums brûlaient dans des cassolettes. Les souffles de la nuit pénétraient légers par les portes largement ouvertes.

« Alors, après un examen attentif pratiqué par Mme Christophora, la belle-fille dont les appels de maternité étaient venus jusqu'à nous, quand nous cheminions encore dans le calme des campagnes pleines d'ombres, fut dépouillée de ses derniers vêtements et assise sur les genoux de celui qui l'avait rendue mère. Entre ses jambes écartées, Mme Christophora s'accroupit.

« La tête était à la vulve. La pauvre enfant poussait avec cou-

(1) *Journ. des acc.*, 1er mai 1904.

rage. Le grave cheikh la tenait, sans mot dire, dans ses bras. Entre les mains de Mme Christophora, la tête fut bientôt expulsée, le corps suivit. C'était un enfant du sexe masculin. Le cheikh était toujours silencieux. Le cordon reçut une double ligature, puis fut tranché et on transporta immédiatement la jeune mère sur une couche voisine pour y achever la délivrance. Le cheikh, débarrassé de son fardeau ne bougeait toujours pas et affectait une attitude dolente.

« Peu à peu, je vis venir se grouper autour de lui tous les membres de sa famille, ses serviteurs et ceux qui paraissaient ses in férieurs ou ses obligés. Les femmes du harem, y compris la récente accouchée et Mme Christophora qui l'avaient suivie.avaient en partie disparu. Celles qui restaient s'étaient recouvertes de longs voiles qui ne permettaient plus d'apercevoir leur visage.

« Alors, du fond de la salle, un des eunuques s'avança lentement et prosterné aux pieds du maître, il dit avec solennité : « Seigneur, pour la septième fois tu as engendré un fils. Allah te comble de ses faveurs. Repose-toi et prend de nouvelles forces au milieu de tes serviteurs. » « Allah soit avec toi ! » s'exclama l'entourage. » Et le cheikh, toujours silencieux, fidèle à la fiction patriarcale, semblait accablé comme s'il avait eu à subir en réalité toutes les affres qu'avait éprouvées la superbe esclave qui venait d'accoucher pour lui. Ses serviteurs l'emportèrent et il disparut dans les profondeurs discrètes de ses appartements (1). »

Au Pérou, d'après une vieille poterie tirée d'un tombeau Quinchua par le Dr Coates de Chester, la même coutume d'accoucher sur les genoux d'une autre personne aurait existé aussi. Et elle se retrouve encore en Pensylvanie ; une gravure (fig. 15) d'Engelmann nous en fournit la preuve. En Europe du reste, elle n'est pas inconnue. En Finlande, elle est courante. d'après Witkowski, et on la voit même en France.

En 1889, lors de ses débuts à Veyre-Monton (Puy-de-Dôme)

(1) Sont-ce les mêmes sentiments qui ont inspiré la *couvade* ? — On sait que d'après cette coutume dont on trouve des traces dans les cinq parties du monde, le mari remplace la nouvelle accouchée dans son lit, tandis qu'elle vaque aux affaires du ménage et le sert comme un malade.

Mlle Dufau actuellement sage-femme en chef de la Maternité de Clermont, eut toutes les peines du monde à faire renoncer ses clientes à accoucher sur les cuisses de leurs maris assis sur une chaise, tandis qu'elles appuyaient leurs genoux contre ceux de l'accoucheuse placée en face sur un siège plus bas. Et Mlle Du-



Fig. 13.

fau (1) ajoute : « La sage-femme diplômée que je remplaçais avait renoncé à s'opposer à cette coutume. »

N'avait-elle pas été indiquée par la science de l'époque ? Elle avait peut-être même été appliquée en son nom par nos prédécesseurs, élèves de certains auteurs du XVIIIe siècle : « Jubent

(1) Que je tiens à remercier de son amabilité à mon égard à l'époque de mon séjour dans l'établissement dont elle s'occupe et de la complaisance avec laquelle elle m'a fourni les divers renseignements dont je me sers ici ou que l'on trouvera plus loin.

nonnulli parturientem super diducta genua sedentis mulieris collocare quod superiore seculo maxime apud Batavos in usu fuit. » Et Günz ([1]) à qui j'emprunte ce passage indique en note : « Solengen (von dem Amt und Pflicht der Hebammen (cap. 25) ; Scipio Mercurius (lib I, cap. 23, p. 85) ; Van Hoorn, p. 42 ; Giffard. p. 2 ; De la Motte qui : liv. II, ch. XII, obs. 120, dit : « C'est ma situation favorite dans les travaux longs » ([2]).

Et Günz ne peut le comprendre ([3]). « Habet autem ille situs plura incommoda ; nam et ipsa parturiens nulli firmo corpori amicti potest et quia una mulier parturientem diu sustinere non valet, pluribus opus est, et satis quidem valentibus quales persæpe haberi non possunt ut de aliis impedimentis infra recensendis jam non dicam. »

Mlle Dufau fut malgré elle obligée quelquefois d'intervenir de cette manière pour « continuer un accouchement arrivé à la période d'expulsion ».

Voici le résultat de ses observations : « Le mari et la sage-femme sont inondés.— Il est difficile de surveiller la sortie de la tête, le périnée se dérobant encore plus en arrière à chaque contraction. — L'accoucheuse éloignée d'une double longueur de cuisse peut difficilement atteindre la vulve, aussi les périnées sont-ils dans des états lamentables et suivant l'expression pittoresque d'un médecin de ces contrées : « Les périnées ne se portent pas dans ces pays-ci. »

Il faut, je crois, dans les campagnes, considérer comme la principale cause de cette coutume, l'insuffisance du mobilier

(1) Günz, *Commentatio de commodo. parienti. situ.* Lips, 1742.

(2) Le *Dictionnaire universel de médecine* (1747) (V. la bibliographie au mot James) à l'article « Obstetricatio » constate que « L'usage ordinaire des sages-femmes est de faire asseoir la femme en travail sur les genoux d'une autre, d'appuyer ses pies (*sic*) contre deux chaises placées d'un et d'autres côtés et de l'asseoir pour la délivrer dans l'intervalle de ces deux chaises sur une autre qui est fort basse ».

(3) Cette situation a plusieurs incommodités : la parturiente n'est point maintenue solidement car une seule femme ne peut la soutenir longtemps : si plusieurs se succèdent, cela devient onéreux et encore ne peut-on toujours en avoir assez, etc....

jusqu'à présent fort sommaire ; la literie était réduite et mieux valait salir les pantalons de « leurs hommes » que les lits de plumes innettoyables (1). D'un autre côté les matrones de villages ne pouvaient se payer les chaises spéciales dont nous parlerons tout à l'heure.

Dans les milieux aisés, au contraire, les arguments invoqués par Günz furent vite trouvés ; on vit même un charpentier de Hollande qui par suite de sa force musculaire était souvent appelé à remplacer un mari trop faible, on vit, dis-je, ce charpentier créer un meuble pour le remplacer (2).

Des raisonnements identiques avaient, du reste, été faits avant lui par de multiples accoucheurs et l'idée traditionnelle de participation à l'enfantement comme à la génération, peu vivace en Europe, si tant est qu'elle ait pu exister dans des familles monogames, disparut vite devant la multitude des chaises.

Du reste on peut controverser facilement et nier l'existence de cette explication chez tous les peuples de nos contrées. Chez les Grecs anciens une attitude mi assise, mi couchée, était employée sans siège spécial. Un groupe du fronton du Parthénon (fig. 14), en témoigne entre autres représentations.

Et Moschion dit : « Il en faut trois (aides) dont deux sont placés à droite et à gauche de la femme en travail, la troisième doit être derrière elle et l'empêcher de se jeter de côté quand viennent les douleurs. »

Filhastre (Thèse Montpellier, 1816) prétend que « les Egyptiens, les Grecs et les Romains avaient coutume de placer les femmes en travail sur un escabeau élevé », et il est d'accord avec Günz qui, après la phrase citée page 27, ajoute : « Unde et græcos antiquissimos eumdem morem accepisse verissilime est. Qui quid fit, nequit tamen hoc ipsum in dubium vocari, vertœres post Galenum (qui parle expressément d'une chaise spéciale) Medicos eamdem sententiam habuisse quam etiam ex nostris permulti

(1) Dans les Monts-Dores, pour n'avoir point à nettoyer leurs maisons certaines femmes accouchent, paraît-il, encore dans leur écurie, ce qui était l'usage courant autrefois. Ailleurs, pour les mêmes raisons, c'est dans la cuisine plutôt que dans la chambre que restent les parturientes.

(2) Dr Metzler, *Archives d'Iéna*, 1835.

habent, oportere mulierem, si naturalis partus in sella, si præternaturam in lecto collocari » ([1]).

Quoique le lit ait de plus en plus détroné la chaise, nous voyons celle-ci se perfectionner depuis Savonarole qui employait un trépied dans sa « position scientifique » (fig. 15) où le dossier était remplacé par une aide assise ; jusqu'à Herbiniaux (1780) et Mat-



Fig. 14.

teo Moro, Italien du commencement du xixe siècle. Qu'il nous suffise de dire ici que Kilian en énumère, en Allemagne seulement, 32 espèces différentes. C'est en effet en ce pays et dans les régions voisines que ces meubles eurent le plus de succès. Elles y sont, croyons-nous, totalement abandonnées et n'existent plus que dans les pays orientaux ([2]).

(1) Günz, *loc. cit.*, p. 448, in Schlegel, *op. min. Syll.* Les Grecs les plus anciens, acceptent très vraisemblablement cette coutume des Egyptiens Quand ? il ne sait, mais après Galien, les médecins eurent l'habitude — ainsi qu'ils l'ont encore pour la plus part — de prescrire la chaise pour le part naturel, le lit pour le non naturel.

(2) Cependant Charpentier (*Traité des accouchements*, Paris, 1889, p. 50) dit : « En Allemagne, en Hollande, on se sert encore souvent de ce qu'on a appelé les chaises obstétricales. » — Mais, il y a 18 ans que cette phrase est imprimée et je n'en ai pas trouvé trace depuis.

Cependant les accouchements assis ont encore lieu dans l'Afrique centrale sur un tronc d'arbre, une pierre, un billot (Vieux Calabar, Dr Robert Felkin) ; à Astrakan (Russie, Engelmann, *loc. cit.*) ; en Australie ; à Malabar ; au Guatemala.

Citons seulement pour faire pendant aux femmes que nous avons vues à genoux exercer des tractions pendant les douleurs, les habitantes de Monterey (Californie) (1) et celles du Tonkin (2) : « La femme assistée par une matrone, reste assise sur un tabou-



Fig. 15.

ret bas et accrochée aussi par les mains avec des cordes » (Groupe Tha). « La femme en travail est assise sur un petit billot de bois et tient dans ses mains une corde attachée aux poutrelles. Elle doit rester seule pendant le travail. L'enfant tombe sur le sol nu ; à son premier cri seulement, une vieille femme rentre dans la chambre « (Groupe Thaï-Thong-Kia).

(1) Dr King, *Amer. Journ of. med.*, avril 1853.

(2) Lunet de la Jonquière, *Ethnographie du Tonkin septentrional*, ouvrage récent cité in *France Médicale, Rites et coutumes de l'accouchement chez les populations du Tonkin méridional*, par Dagot, p. VII du 25 février 1907.

Indiquons aussi en passant les Indiennes de l'Orénoque qui, elles, s'asseoient sur leur hamac roulé (fig. 16).



Fig. 16.

Quoi qu'il en soit, le lit a actuellement cause gagnée et nous verrons dans le chapitre suivant les différentes postures que l'on peut y prendre.

CHAPITRE V

DÉCUBITUS

En l'absence de siège spécial, les femmes ne peuvent guère rester assises et elles se couchent à demi sur l'aide qui les soutient. La figure 14 (p.34) nous le montre facilement.

En Géorgie, en Virginie, dans l'Ohio, (fig. 17), une seconde chaise retournée forme déjà un rudiment du lit de misère que dans le Vermont (E.-U. d'Amérique du Nord), on fait avec trois chaises liées ensemble et recouvertes d'une paillasse. Cette manière d'agir provient-elle d'ancêtres hollandaises ? Les paysannes des Pays-Bas accouchaient, en effet au témoignage de Solingen (*Embryulc.*, cap. 12) sur trois pauvres chaises arrangées qu'elles appelaient un petit lit « brevem lectum » « etsi in eo non jaceant. sed saltem sedeant parturientes » [1].



Fig. 17.

(1) Et si elles ne s'y couchent point, elles s'y asseoient tout au moins.

En France ([1]) du reste à la même époque « quibus augusta res domi est, vel humi, vel super dorso inversae et jacentis sellae pariunt cui mastruca (peaux de mouton) cum linteo (linge) internitur, vel super mariti genubus ». Chez les plus pauvres pénétra bientôt un peu de luxe et si l'on hésita encore à salir le matelas en le plaçant sous la femme, on jugea qu'il pouvait facilement remplacer les « mastruca » en rendant le dossier moins dur aux reins de la patiente. Aussi, en 1864, « dans certaines parties du midi de la France, les femmes des campagnes s'étendent sur un peu de paille, le dos soutenu par un matelas appuyé sur des chaises renversées, les jambes et les cuisses écartées en face du foyer où l'on entretient un bon feu » ([2]). Et cette coutume serait conservée encore par les Canadiennes françaises dont on connaît l'esprit traditionaliste.

Du reste, les dernières chaises obstétricales étaient presque toutes pourvues d'un dossier mobile destiné à les transformer en lit car, dit Filhastre ([3]) : « En admettant que la femme ne doit être ni tout à fait assise, ni entièrement couchée ([4]) on sentira toute l'utilité d'une chaise bien construite sur laquelle on peut non seulement faire asseoir commodément la femme, mais encore lui donner les différentes postures qui pourraient lui devenir nécessaires dans le cours du travail, et s'il survenait une syncope, une hémorragie, etc., on pourrait en abaissant le dossier faire prendre la situation horizontale qui serait indiquée dans ce cas.

« Cette mobilité du dossier des chaises modernes, au moyen desquelles on peut varier la situation suivant les époques du travail et les indications différentes qu'il peut présenter, empêche de leur appliquer les reproches que l'on fait à ces sortes de machines. Si les douleurs viennent à cesser et que la femme désire prendre du repos, on peut convertir certaines espèces de chaises,

(1) Gunz, *loc. cit.*, cap. § 4 : « Celles chez qui règne la pauvreté accouchent soit sur le sol, soit sur le dossier (revêtu de peaux et de linge) d'une chaise renversée, soit sur les genoux de leur mari. »

(2) Depaul, *loc. cit.*, p. 413.

(3) Thèse de Montpellier, 1816.

(4) Deventer, cap. XVII, p. 123.

et en particulier celle dont je m'occupe, en un lit assez commode. »

D'un autre côté, les partisans du lit employaient presque tous à cette époque le lit de misère où, suivant les préceptes de Deventer [1] la femme n'était ni tout à fait assise ni tout à fait couchée. Cet auteur n'a, du reste, rien innové, car Verrier [2] nous déclare que décrite dans Moschion, Celse et Paul d'Egine, cette attitude était en usage en Allemagne avant la chaise obstétricale. Nous la trouvons décrite, en effet, dans Rauchinus (*de morb. in. part.*, p. 134), dans Pigray (*Epitome des préceptes de méd. et de chirur.*, liv. III, chap. VI, p. 493), dans Rod à Castro, dans Paraeus, etc.

Voici comment, d'après Filhastre [3] Baudelocque prescrivait de construire ce lit : « Une couchette de la longueur de deux pieds et demi à trois pieds au plus que l'on garnit de sa paillasse est ordinairement destinée à cet usage ; si l'on ne peut se la procurer on prendra un lit de sangles sur lequel on étendra un matelas et pardessus celui-ci on en placera un autre plié en double suivant la longueur, qui recouvrira la moitié du premier et dont l'extrémité qui est en dessus descendra un peu plus bas que celle qui est en dessous. On garnit ce lit convenablement.... et on place des oreillers pour soutenir la tête, quelquefois une chaise renversée sous le matelas et appuyée contre le mur remplit bien mieux cette indication. » Verrier aurait encore vu employer un lit analogue dans sa jeunesse [4].

« En ayant la précaution de plier le second matelas, comme nous venons de le prescrire d'après Baudelocque, la femme est placée plus commodément pour la sortie de l'enfant, le bas du tronc étant appuyé par le bout du matelas replié ; le périnée et la vulve sont à découvert et peuvent se développer bien plus facilement, il n'est pas nécessaire qu'elle soulève le siège en s'appuyant des talons et des épaules au moment où la douleur commence, elle serait obligée de le faire si les deux matelas étaient entièrement

(1) Chap. XVII, p. 123.
(2) *Loc. cit.*, *Bull. Soc. obs. et gyné.*, 1885.
(3) *Loc. cit.*, 1re partie, p. 22-23.
(4) *Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines*, Paris, 1886.

étendus car, alors elle se trouverait *couchée à plat* ayant les fesses souvent enfoncées dans l'épaisseur du lit, malgré la précaution que l'on a eu de lui placer un coussin sous le dos ».

L'attitude est un peu plus allongée dans celui décrit par Lucien Penard [1] : « le matelas de dessous sera étendu de toute sa longueur tandis que celui de dessus sera replié sur lui-même et de haut en bas dans un peu plus du tiers de sa longueur » (fig. 18).

*
* *

L'on revint du reste vite à l'accouchement dans le décubitus

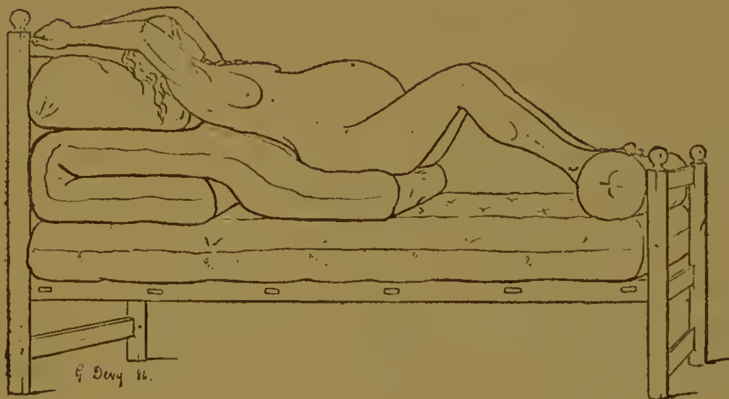


Fig. 18.

horizontal complet qui n'avait jamais été entièrement abandonné en France et, fait curieux, ce fut un grand partisan des chaises, Stein, qui dans son *Anleitung zur Geburtshülfe* s'en fit le champion. Nous renvoyons le lecteur à la page 103, où nous avons cru devoir donner à titre documentaire la traduction du passage dans lequel il expose la théorie qui le lui fait préconiser.

Dans les divers livres que j'ai compulsés j'ai rarement vu citer l'emploi par les sauvages de l'attitude couchée pendant la parturition. Cependant, les Anglais ne peuvent se vanter d'avoir la priorité pour le décubitus latéral ; il existait déjà chez les Indiens

(1) *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*, Paris, 1883, p. 240.

Kootewais. Toujours en Amérique, nous trouvons dans le décubitus horizontal les Roucouyennes qui [1] accouchent étendues dans un hamac au-dessous duquel on place un gros caillou rougi au feu et que l'on arrose avec de l'eau — et les Penimonees [2]. Chez ce peuple, comme chez ceux des Philippines s'il y a dystocie, des matrones ou des hommes spéciaux (ténéadors) pressent de toute leur force le ventre de la patiente avec des pierres ou des briques chaudes. Dans ces deux derniers cas, la position est rendue nécessaire par les manœuvres de massage (?) qui ne pourraient aussi bien se faire dans une autre. Il en est de même aux Bermudes, où la sage-femme non seulement pétrit l'abdomen, mais même s'assied sur lui ; dans l'intervalle des douleurs, la femme est fustigée pour la forcer à courir jusqu'à ce qu'elle tombe de fatigue aux pieds de l'accoucheuse qui recommence ses manœuvres. Quand aux Indiens de l'Ouest, ils placent la femme dans une couverture et lui font subir le sort jadis réservé à Sancho-Pansa.

Dans l'Inde, d'après Chéreau [3], « le médecin fait boire à la patiente une quantité énorme d'eau de riz fermenté ; elle est mise sur un lit moelleux, couchée sur le dos, les cuisses écartées ; ces dernières maintenues en position par quatre femmes courageuses, habituées à voir des accouchements ».

C'est une coutume analogue que le Dr Felkin [4] a rencontrée dans le district de Moru « où les stimulants sont en grand honneur. Dans une cruche en grès à laquelle est adapté une sorte de tube aspirateur est une liqueur fermentée, sorte de bière faite avec des semences de millet que la femme « sirote » peu à peu de façon à amener au moment de l'accouchement un véritable état d'hilarité ou d'ivresse. Pendant tout le temps elle demeure étendue sur un lit d'herbes sèches, soigneusement disposé et recouvert d'une natte, les pieds tournés vers sa hutte » (fig. 19).

D'après le même auteur, on ne connaît que deux autres peu-

(1) Dr Crevaux.
(2) Engelmann.
(3) In Dechambre, art. « Obst. », t. XIV.
(4) *Loc. cit.*

plades africaines, qui, en dehors d'un accouchement laborieux s'étendent pour l'enfantement : les Wanikas et les Ugandas : ces dernières se servent d'une sorte de lit (kitanda) « en bois calfen-



Fig. 19.

tré avec du poil de vache ». C'est un lit semblable (fig. 20) qu'emploient les Siamoises (Dr Mondière) (1) ; la ba-mu (sage-



Fig. 20.

(1) In *Bull. Soc. d'anthropologie.*

femme) se place accroupie, le pantalon relevé, entre les jambes de la parturiente. Elle frictionne le ventre de la femme puis « promène un de ses index circulairement à l'orifice vulvaire, en mesure et en modulant d'une façon continue le mot kan ! kan ! (efforcez-vous).

.. .. « Assise sur son derrière, au moment où elle entrevoit le vertex à la vulve, elle abaisse la fourchette très fortement avec ses deux index en même temps qu'avec les deux gros orteils elle écarte à droite et à gauche les grandes et petites lèvres (1). Si tôt que la demi-circonférence du crâne est à la vulve, la sage-femme glisse ses deux mains entre les parois du vagin et la tête, saisit celle-ci comme avec les cuillères d'un forceps et l'attire violemment au dehors. »

Chez les Tonkinois du groupe Thaï-Nang « la femme accouche sur un lit de camp, allongée sur le dos. D'après les croyances locales, les garçons doivent naître la face tournée vers la terre et les filles se présenter la face tournée vers le toit de la case » (2).

Il ne faudrait pas du reste croire que le lit fut inconnu de nos classiques ; le père de la médecine ordonnait que dans les accouchements connus au moyen âge sous le nom de « præternaturalis », la femme soit mise au travers de sa couche.

Günz, dont nous avons déjà cité le *de commodo parientum situ*, écrit en 1742 et reproduit par Schlegel, travail vraiment remarquable, nous dit : (3) « Hippocratem atque Celsum scimus mulierem resupinam in transverso lecto sic collocasse ut nates in extrema ejus ora essent, femoribus deductis,calcibusque ad nates datis eosque permulti seqauti sunt, Hippocrates vero etiam hoc addi-

(1) On sait que les Annanites ont la possibilité de se servir de leurs gros orteils comme du pouce de la main, d'où leur nom de Giao-chi (pieds fourchus).

(2) Lunet de la Jonquière, *loc. cit.*

(3) Caput I, § 4. « Pour Hippocrate et Celse, la femme doit être couchée en travers du lit, les fesses le plus près du bord possible, les cuisses écartées, les talons contre les fesses. Mais pour Hippocrate, les hanches de la femme doivent être soulevées par des coussins tandis que les pieds du lit sont exhaussés d'un côté, afin que le fœtus glisse vers la vulve comme descendant d'un lieu élevé. »

dit coxis mulieris pulvinar et lecti pedibus ab hac parte aliquid subjiciendum esse ut fœtus ab ore vulvæ tanquam ab altiore loco ad ejus fondum possit delabi » (1).

Mais même dans les accouchements naturels, il recommande la succussion ; or pour celle-ci la femme était liée sur son lit. Enfin plus loin (2) il est question de κλίνην (3) ὑψηλὴν ῥομαλέην καὶ ὑποστορέσαντα, que l'on traduit généralement par lit haut ferme et plan. Un passage de Moschion (4) est plus significatif ; εν κραββάτῳ τῳ σκληρως ἐστρωμενῳ, étendue durement dans un lit (litter. hamac). Les Romains auraient même eu une couche spéciale, « Genialis ou genitalis » (Bardon, *Coutumes des anciens peuples*). Elles s'y plaçaient dans la même posture que sur le lit des salles de festin, si nous en croyons Witkowski, qui base sa conviction sur deux figures, la première peinte sur un plafond du palais de Titus à Rome, l'autre trouvée à Pompéi.

Dans tous les cas, les Européens aussi bien que les Arabes, disciples des médecins grecs et romains, ont tous, semble-t-il, adopté, ainsi que nous l'avons vu la position assise. Et on arriva vite à ne coucher la femme qu'après la délivrance complète tandis que (5) « in primis quia mulieres olim partu edito, non tam in sella alia sedere quam in lecto accubare solebant » (avant la chute du placenta. « Sunt tamen hodie, dit le même auteur en 1742 (6), et

(1) « Ut lecti pedes ab altiores essent, Hippocrates voluit lib. I de Morb. Mulier., p. 617. Post Hippocratem præter Arabes nonnullos solus, quod scio, Lud Mercatus idem facere jussit, *loc.cit.*, lib. IV, cap. 3. — Contra de pulvinari coxis subjiciendo præter veteres illos, recentiores fere omnes præcceperunt ; inter quos numeramus Rod à Castro de morb. mulier., lib. IV, ch, II. Guillemeau, *Des accouchements*, liv. II, chap. v ; Paracum, *De hominis gener.*, chap. XXVI ; Portal, *Pratique des accouchements*, liv. 1, ch. XII, § 5, p. 162 : Mauriau, *Des maladies des femmes grosses*, liv. II, chap. v, p. 244, Par. 1718 ; Amaud, *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, ob. V, p. 86 ; Chapman, *Essay of Midwifery*, ch. II, p. 24, Lond. 1733.

(2) Liv. I, *Maladie des femmes*.

(3) Κλίνη peut aussi signifier siège.

(4) *Des affections féminines*, chap. 48.

(5) Gunz, *loc. cit.*, § 3.— Au début on mettait au lit les femmes dès l'enfantement terminé.

(6) Gunz, *loc. cit.*, § 4.— Tandis que les Allemands dans les parts difficiles

inter Germanos medicos, qui mulierem, in maxime difficili partu sive in lecto, sive in mensa, supinam collocare suadent. Atque Italos, Hispanos et Suecos promisenc et lecto et sella uti earum gentium scriptores referunt (1). Contra Galli et Angli solo fere lecto utuntur, sive vulgari, sive ad hunc usum parato, præter quam quod pauperes mulierculœ etiam super mastruca (peaux de bêtes) in strato extensa, vél aliter stantes sedentes que pariunt. » Et en note à propos des Français il dit : « Ante haec bina circiter sœcula etiam Galli plerumque sella in partu usi sunt, deinde sellam in naturali partu, lectum in eo qui contra naturam est, adhibuerunt, sed vulgarem, ac fere et eundem in quo mulier post partum accumbere debebat quod vel Mauriceus fecit et reliqui obstetrici chirurgi vel Viardel, Peu, Portal fecisse videntur quoniam de peculiari lecto ad partum apud hos auctores nihil habetur. Ne que hodie in alio quam vulgari lecto parère solent in Gallia minus beatæ et opulentæ mulieres. Contra optimates et lautœ feminœ in ejus modi parvo lecto partum edere consueverunt qualem P. Dionis, *Traité des accouchements*, liv. III, chap. 2 : descripsit...., etc.

* * *

Cette note montre bien le passage de la position assise, à la

couchent là femme, soit sur un lit soit sur une table, les Italiens, Espagnols et Suédois se servent et du lit et de la chaise. — Les Français et les Anglais n'usent que du lit soit ordinaire, soit spécial (seules les pauvres femmes s'étendent à terre sur des peaux de bêtes, s'asseoient ou restent debout), quoique il y a deux cents ans, les Français n'utilisaient que la chaise dans tous les accouchements. Ce fut Mauriceau et à sa suite Viardel, Peu, Portal qui se servirent du lit ordinaire, mais les femmes les meilleures et de plus haute naissance conservent le lit de misère tel que le décrit Dionis.

(1) De Italis allegasse sufficiat Scipionis Mercurii « Commare o Riccoglitrice », lib. I, chap. XXIII, p. 85 : antecujus tempora frequentior videtur sellæ usus fuisse ut quam Mercurialis commendat de Morb. Mul., lib. II, cap. 3.— Ex Hispanis, Lud. Mercatus « de mulier affect », lib. IV, cap. 3. — Gallégo de Serna, In op. Phys. Med., tract. II, cap. 8, Lugd. 1634 : De Sulcis, conf. van Hoorn, Libell. de arte obstetricandi germ. Stockholm, 1726.

position étendue telle qu'elle eut lieu en France. En Angleterre il en fut de même ([1]).

En 1751, Burton ([2]) nous décrit ainsi l'incertitude qui régnait dans les esprits : « Les uns veulent qu'elle soit debout, les autres qu'elle soit assise sur une sellette ou sur le genou de quelques femmes et d'autres enfin qu'elle soit couchée sur un lit. Ces derniers ne s'accordent pas encore complètement, car les uns la font coucher sur le dos, les autres sur le côté » ([3]).

Si nous en croyons son traducteur ([4]) : « En France on fait communément tenir aux femmes qui accouchent l'attitude que décrit Burton ; je crois qu'elle mérite en effet la préférence pour les mêmes raisons qu'apporte cet auteur. » On ne se douterait pas de cette adoption et ce ne fut qu'une mode bien passagère, car c'est la seule trace que j'en ai rencontré. Bien plus, Depaul ([5]) dit : « Je sais que quelques médecins anglais partagent ma manière de voir (incommodité et peu d'action pour favoriser les efforts) et qu'ils popularisent dans leurs cours et dans leur pratique notre méthode dont ils ont pu pendant leur séjour en France apprécier les avantages. »

Il faut croire qu'ils n'ont pas réussi dans leur propagande, car

(1) Nous pouvons citer comme référence d'après Gunz : Will. Sermon, *The English Midwife*, chap, XVIII, p 100, Lond. 1671, *The compleat midw. Practice enlarged*, sect. IV, chap. II, p. 108, Lond. 1699 ; Giffards, *Cases in midw.* Lond. 1734, sed alius Anglus scriptor. John Maudray in *the Female physician* et lecti et sella usum proponit, sect. IV, chap. XVII, p. 216, Lond. 1724.

(2) Que certains considèrent à tort comme l'inventeur de la posture anglaise actuelle. Il n'a fait que l'adopter et lui donner la consécration définitive. Elle existait déjà ainsi qu'on le voit dans le passage cité, confirmé, du reste par cette phrase de James (*Dict. univers. méd.*, traduit par Diderot, Eidous et Toussaint, revu, corrig. et augm. par J. Besson, Dr régent de la Fac. de méd. de Paris, 1747) : « Mais la posture la plus commode pour délivrer une femme, c'est, disent les meilleurs praticiens, de la placer dans ou plutôt sur un lit : de la faire coucher sur un côté et de lui tenir les cuisses écartées avec un gros oreiller et fort approchées du ventre ».

(3) Page 154, in traduct. de Lemoine, Dr régent de la Faculté de méd. de Paris, *Syst. nouv. et complet de l'art des accouch.*, etc. Paris, 1771.

(4) *Ibid.*, p. 41.

(5) *Dict. encyclop. de scienc. méd. de* Dechambre, 1864, p. 413.

en Angleterre on conserve toujours le décubitus latéral. Le Dr Eden ([1]) déclare : « C'est une vieille coutume de ce pays, coutume que, en raison de notre esprit conservateur, nous ne sommes pas prêts à abandonner. » Elle y était du reste universellement répandue au commencement du XIXe siècle. Filhastre (Thèse Montpellier, 1816) en donne la description suivante : « La ma-



Fig. 21.

lade est couchée sur l'un ou l'autre côté ([2]), les fesses posées sur le bord du lit et tournée vers l'accoucheur, la tête et la poitrine penchées sur le bas-ventre, les cuisses et les jambes fléchies et écartées au moyen d'un oreiller ou de tout autre corps placé entre les genoux » (fig. 21) ([3]). « Les Allemands et les Autrichiens (ainsi que les pays voisins Suisse, Hollande et même l'école de Lyon) ont adopté cette attitude pour les primipares » ([4]).

(1) Lettre de mai 1906, écrite à mon maître M. le Dr Lepage, qui avait eu l'obligeance d'interroger, — j'allais dire interwiever — son ami pour moi.

(2) Généralement sur le côté gauche, R. G.

(3) Cf. Ribemont-Dessaigne et Lepage, *Précis d'obs.*, Paris, 1904, 6e édit., p. 517. — Pour ces auteurs le membre inférieur gauche étendu repose sur le plan du lit, le membre inférieur droit seul est fléchi et modérément écarté de l'autre par un coussin mis entre les deux genoux. Ils ajoutent : « Elle est complètement abandonnée en France. »

(4) Witkowski, *loc. cit.*, p. 366.

Les Malgaches qui accouchent les multipares agenouillées, ont l' « usage de donner à la parturiente, le décubitus latéral droit ou gauche indifféremment si elle est primipare » (1).

Est-ce aussi une importation britannique?

* * *

Sauf ces exceptions, dans toutes les maternités et dans la clientèle de leurs élèves, on emploie partout avec quelques variantes, le décubitus dorsal ainsi décrit par Ribemont-Dessaigne et Lepage, dans leur *Précis d'accouchement* (2) : « Il est d'usage en France que la femme soit mise dans le décubitus horizontal, la tête et les épaules basses, le siège modérément relevé, les membres inférieurs fléchis et un peu écartés de telle sorte que les talons prennent un point d'appui solide sur le plan du lit et soient assez rapprochés des fesses ; c'est là une bonne précaution pour éviter les crampes qui sont parfois si douloureuses et si désagréables pendant cette période d'expulsion » (fig. 22).

Varnier (3) déclare que c'est l'attitude instinctive.

* * *

Scipion Mercurius que nous venons de citer, paraît le premier (4) avoir recommandé, pour les couches laborieuses surtout chez les femmes grasses, la position représentée dans la figure 23. Mais suivant le sort des inventeurs, il ne fut guère suivi (5). Günz (*loc. cit.*) dit : « Huc etiam pertinet ille situs, in quo pingues mu-

(1) Thèse de Ranaivo, Paris, 1902.

(2) 6e édition, Paris, 1904, p. 316.

(3) Varnier, *Pratique des acc.*; *Obst. journalière*. Paris, 1900, G. Steinheil, p. 95.

(4) *Commare o Riccoglitrice*, liv. 2, chap. xxv, p. 155 (1595). — Il l'aurait même décrite en 1589 et de nouveau en 1605, d'après de la Torre (12e Cong. des sciences méd. Moscou, 1897). *Ann. de gyn. et d'obst.*, octobre 1897, p. 284.

(5) Des coussins sous les genoux, d'autres de manière à ce que la femme, la tête renversée soit courbée en arrière. Faut-il en rire ou s'en fâcher?

lieres collocare jubet. Scipio Mercurius (*loc. cit.*, lib. II, cap. 25, p. 159 sq.) : scilicet ut alteri pulvinari genubus innitatur, alteri capite reclinato ita ut supina arcuata aliis pulvinaribus quantum satis suffulciatur qua in re nescio an magis ridendus Mercurius



Fig. 22.

fit an vero vituperandus » ; et Witkowski, en 1887, les qualifiait encore de folie.

Or dans ces figures on reconnaît la posture que Walcher (V. p. 66) a préconisée en 1889 (1). C'est du moins l'opinion de nombreux auteurs (2) et de la Torre (*loc. cit.*) demandait le nom de « position Mercurio ou position italienne » pour cette attitude,

(1) *Centralblatt für Gün.*, n° 50, 1889, p 892.

(2) Rossi Doria (sulle possibilita di ingrandire, etc.. supplemento *al. policlino*, Marzo, 1895, p. 287) ; Latorre, Resocanto del *XII*e *Cong. int. de sc. méd.*, Moscou. — (Cf. *Ann. gyn.*, 1897, t. XLVIII, p. 285 ; *L'Obstétrique*, 1897, p. 538, etc.) ; Klein, Die Hängelage von drei Jahrhundert (*Centralblatt für Gün.*, 1897, n° 45, p. 1350).

quoique d'autres comme Pinzani de Pise [1] pensent qu'il ne s'agisse que de position analogue. Dans sa *Commare levatrice*

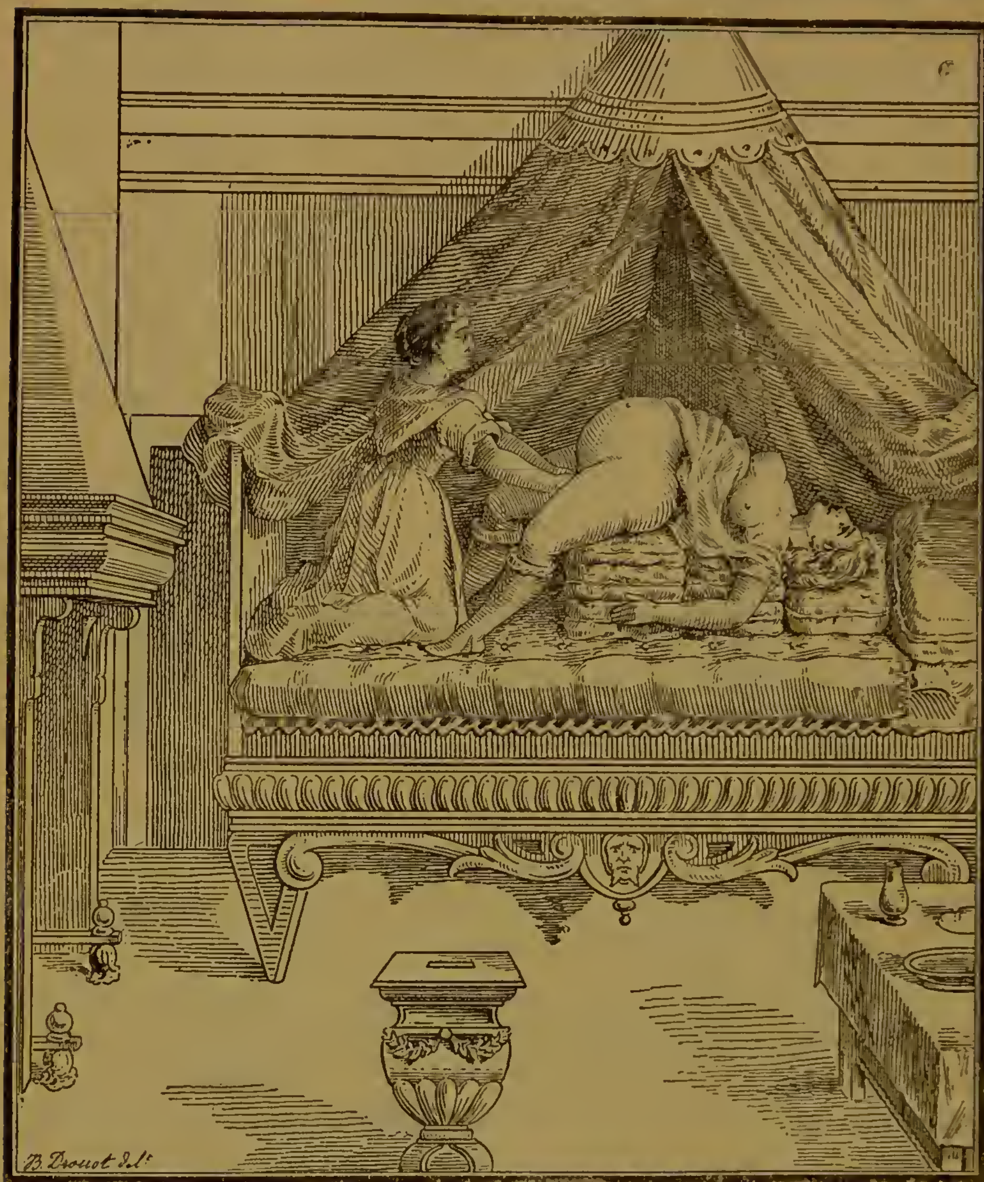


FIG. 23.

instruita, etc...Meli (Sebas) en parle encore en 1721 [2].La ques-

(1) Page 258, in *Compte rendu du IIIe Cong. inter. d'obs. et gyn.*, Amsterdam, 1899.

(2) AHLFELD, *Lehrbuch der Geburtsh., etc.*, Leipsig, 1894, p.280 ; FOTHERGILL.

tion a fait couler beaucoup d'encre rien qu'au point de vue de la priorité de la « découverte » attribuée par Vehle à Walcher : « die Walcher's Entdeckung [1] ». On l'a regardé comme un essai de redressement de la parturiente et Engelmann [2] la rapproche des accouchements en suspension verticale [3] trouvés soit dans le Siam (supeuded position), soit chez les Coyoteros Apaches, N.-A. Indians, soit dans le sud du Mexique d'après Kneeling (approximatly suspended position), soit dans le nord du Mexique (semi-suspended position). Nous verrons dans le chapitre suivant ce que sont exactement ces attitudes et pourrons ainsi juger en connaissance de cause.

W. E. « A clinical note on the avantage of Walcher's position »,etc.... *Edimbourg med. journal*, Luglio, 1895 ; Pozzi, In multis locis, voir la bibliogr.

(1) Wehle, *Arch. f. gyn.*, t. XVL, p. 323.

(2) *Compte rendu du IIIe Congrès d'obs. et gyn.*, Amsterdam, 1899, p. 329,

(3) Engelmann, Posture in labore transacts, *Ann. gyn. soc.*, 1880, Labor Among primitive peoples, St-Louis, 1882, Die Ueburt Bei den Grvölkren, Uberestzung von Henniq. Vien, 1884 et la traduction française de Rodet.

CHAPITRE VI

STATION VERTICALE

Puisque nous avons essayé de relier dans cet historique les diverses postures entre elles par un lien plus ou moins artificiel, nous considérerons l'attitude debout comme prise par certaines populations dont le lit en se perfectionnant (?), est devenu une sorte d'armoire (Bretagne, Velay, etc..) tel, est du moins l'avis des docteurs Delore et Lutaud [1] : « De plus, dans certaines contrées, dans les montagnes de la Haute-Loire par exemple, les femmes se font un point d'honneur d'accoucher debout; cette habitude provient probablement de ce que dans ces régions froides les lits sont placés dans des placards élevés où la femme ne pourrait être assistée. »

La tradition une fois prise, subsiste malgré la disparition de la cause. Et M. le docteur Morel a bien voulu nous confirmer que « l'habitude d'accoucher debout est encore très répandue dans nos campagnes du Velay » [2]. Il combat l'appréciation de Delore et Lutaud que je lui avais soumise : « Le motif de ce doute réside dans ce fait que les femmes continuent à accoucher debout, bien que les intérieurs modernes plus confortables que ceux d'autrefois soient pourvus généralement d'une petite chambre à coucher avec lit mobile. »

Je ne sais si pour dormir on a utilisé les mêmes placards dans l'Ille-et-Vilaine, toujours est-il que dans ce département « les femmes ne veulent accoucher que debout, elles placent un oreiller entre leurs jambes pour recevoir l'enfant et poussent en s'accoudant à un meuble et en se suspendant par les bras au cou d'une

(1) Paris, F. Sany, 1883.

(2) Lettre inédite (17 déc. 1906) du docteur Morel, du Puy, anc. int. des hôp. de Paris.

personne de l'entourage » ([1]). A Limoges, au milieu du siècle dernier, les sages-femmes employaient cette méthode et une personne de ma famille, morte actuellement, a par cinq fois été accouchée ainsi. Elle fut fort étonnée de voir sa fille rester dans son lit au moment de l'enfantement.

Est-ce « l'idée qui fait intervenir l'action de la pesanteur pour activer le travail » (Dr Morel, *loc. cit.*), qui seule a conduit certains à l'employer, cela se peut ; mais Verrier ([2]) croit au contraire que c'est la plus ancienne de toutes et qu'elle a été prise instinctivement : « Au début des âges, alors que les femmes ignoraient encore les fonctions que la nature leur réservait, plusieurs ont pu être surprises par l'accouchement dans cette position et nous voyons encore aujourd'hui quelques multipares qui accouchent encore accidentellement debout. Cette posture s'est perpétuée encore dans les premières civilisations si l'on en croit un bas-relief trouvé dans un temple de Bouddha (Indes) et une sculpture grecque (Ile de Chypre, citée dans Engelmann). Aujourd'hui, dans le fond de nos plus incultes campagnes, quelques femmes accouchent ainsi debout et il a fallu toute l'autorité de Godefroy (de Rennes), pour réagir contre cette coutume qu'il condamnait en Bretagne et qui existe aussi dans le Cantal. Ne serait-ce pas là un reste des us et coutumes celtiques ? »

Malgré l'évidence de son existence, Hohl ([3]) allait jusqu'à nier la possibilité de l'accouchement et prétendait que « quelque surprise qu'elle soit la femme serait poussée par une sorte d'instinct à s'accroupir et elle aurait toujours le temps de s'étendre à terre au dernier moment de la délivrance » ([4]). Malgré exhortations et promesses d'argent, il ne put sur un grand nombre trouver une femme restant debout. Cette expérience est-elle bien concluante ? Pour moi, je pense, que les femmes sachant que dans leurs contrées on enfantait couché, se suggestionnaient elles-mêmes et

(1) Collet, Thèse Paris, 1904.

(2) Verrier, Classification des post. obs. etc... *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gynécol.*, Paris, 1885.

(3) Conf. in Casper, *Trait. prat. de méd. lég.*, 1862, t. II, p. 561.

(4) Collet, *loc. cit.*, p. 69.

croyaient amoindrir leurs douleurs en s'étendant. Néanmoins pour des raisons déjà données (chap. II), je ne puis me ranger complètement à l'opinion de Verrier qui considère l'attitude qui nous occupe comme la plus ancienne de toutes et admet qu'elle a été prise instinctivement. Une seule chose pourrait nous le faire croire, c'est d'estimer qu'au début la parturition était très facile et les femmes très résistantes à la douleur. Or nous avons vu (p.2) ; que, historiquement, cette hypothèse n'était admissible que dans une faible proportion. Quoi qu'il en soit, reprenons notre récit. Suivant le témoignage de Heister [1], les villageoises de la Germanie accouchaient souvent seules debout sans l'aide de la sage-femme.

Chez les Arabes qui donnent le jour à leurs enfants un peu dans toutes les postures (étendues sur une natte, accroupies ou assises sur deux pierres plates), l'attitude debout est prise en cas de dystocie ; le mari fait sauter sa femme, et la secoue comme s'il voulait tasser du blé dans un sac.

« Les Indoues, dit Witkowski [2], principalement dans le voisinage de Madras sont délivrées debout, soutenues par deux aides qui leur massent le ventre, ou bien elles s'accroupissent sur le sol. Dans les couches laborieuses, les sages-femmes font sauter la patiente au-dessus d'un morceau de bois placé à un pied du sol. » Dans le Wakamba [3], la posture est analogue ; la matrone accroupie devant elle soutient le périnée et reçoit la tête de l'enfant. « Au Darfour, dit toujours le Dr Felkin, la femme s'appuie simplement contre le mur de son habitation et au dehors, car l'intérieur de la hutte supportée par un arbre taillé qui forme comme le pilier central n'aurait pas assez d'élévation. » « La position verticale, d'après le frère Jean de Torquemada, serait habituelle aux naturels des Antilles » [4]. Au nord de l'Australie, à Céram, l'une des Mollusques, on attache les bras des parturientes

(1) *Chirurgie*, sect. V, cap. CLIII.
(2) *Loc. cit.*, p. 393.
(3) Dr Felkin, « Note on labour in central africa » (journal *L'homme*, 1884).
(4) Witkowski, *loc. cit.*, p. 419.

au-dessus de leur tête à un arbre contre lequel elles s'appuient [1], et d'après le père Och une coutume analogue se retrouverait chez certaines sauvages du Brésil (fig. 24).

Les Iroquoises se suspendent au cou de leurs maris, la sage-femme placée derrière. Et il en est de même chez les Sioux-



Fig. 24.

Brulés. Dans le nord de l'Europe, d'après Spence, les femmes accouchent souvent ainsi légèrement soulevées en embrassant le cou d'une personne de haute taille qui leur soutient le dos et leur maintient les genoux avec les siens (?).

Dans le district de Bongo ou Calabar [2], « une branche d'arbre est placée transversalement sur deux autres (fig. 25) à portée de

(1) Verrier qui (*loc. cit.*) en fait une position à part, se demande si elle est due à l'indocilité des ancêtres ou au manque d'aides, car une seule suffit.
(2) Robert Felkin, *loc. cit.*

la femme qui dans l'intervalle de ses douleurs se promène tout autour sans s'en éloigner beaucoup et s'y cramponne dès qu'arrivent les douleurs, écartant les jambes et poussant de toutes ses forces jusqu'à ce que l'accouchement ait eu lieu. Une amie assise auprès d'elle empêche l'enfant de tomber sur le sol et au nombre des branches que l'on voit ainsi disposées auprès des villages, on reconnaît que cette manière de faire est très répandue... La tribu de Longo a pour les accouchements une façon de procéder qui se rapproche assez de la précédente : mais la perche est placée obliquement, une de ses extrémités fichée dans le sol et l'autre s'ap-



Fig. 25.

puyant contre une branche d'arbre..... ; mais ici la patiente ne marche pas et ne se livre à aucun exercice. »

« De l'Afrique centrale (1), la traite transporta les noirs et leurs habitudes ; dans la Caroline du Sud, les négresses suspendues à une branche d'arbre ne laissent reposer à terre que l'extrémité des pieds, ne retombant sur le sol que dans l'intervalle des contractions. »

En Finlande et en Russie d'Europe (en Esthonie par exemple, où les habitudes finnoises prévalent), les femmes se pendent par les mains à une barrière en croix imprimant à leur corps des secousses répétées (2),

Les Somalis, dit Hildebrandt, accouchent aussi debout se sou-

(1) Verrier, *loc. cit.*

(2) Plusieurs auteurs.

tenant à une corde tendue au-dessus d'elles (1). Dans le Tonkin septentrional, chez les indigènes du groupe Tha, « la femme, assistée par une matrone, reste debout, accrochée par les mains et les aisselles à des cordes fixées au toit » (2). Mais l'attitude réellement suspendue est celle qui se pratique au Siam en cas de dystocie (fig. 26), une corde est passée sous les bras et un ou plusieurs assistants entourant la taille de la patiente font porter tout leur poids sur le globe utérin ; une coutume analogue se rencontre chez les Apaches Coyoteros.



Fig. 26.

(1) Thèse Bonnemaison, Paris, 1898, p. 49.
(2) Lunet de la Jonquière, *loc. cit.*

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Certes il ne faut pas se le dissimuler, il y a peut-être trop d'absolu dans les faits que nous avons rapportés dans cette première partie et il serait ridicule de vouloir prétendre que dans chaque race, il n'y a pas de modification dans la posture adoptée au moment de l'expulsion par chaque individu en particulier ; mais si nous ajoutons à ce que nous venons de voir, les enfantements qui se sont produits dans divers accidents (chez des femmes se jetant à l'eau par exemple), on doit conclure que la nature peut expulser un fœtus du ventre de sa mère dans presque toutes les attitudes prises par celle-ci. En étudiant tout à l'heure les avantages et les inconvénients que présente les types principaux dans lesquels on peut ranger chacune d'elles, nous ne risquerons point, appuyés sur l'expérience, de nier avec Devergie, Tardieu, Lorain ou Hohl (V. p.25 et 53) la possibilité de la parturition dans telle ou telle situation de la femme ; situation employée journellement soit dans l'ancien temps, soit même à l'époque présente.

Nous avons du reste été amené à faire un certain nombre de réflexions au fur et à mesure de nos rencontres, qui nous permettront de ne nous occuper dans la seconde partie que des questions les plus générales sans revenir sur des points de détails.

DEUXIÈME PARTIE

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES

Il y a plus de deux ans, un soir, dans la « salle de travail » de la Pitié un groupe d'apprentis accoucheurs discutaient. On concluait presque unanimement que l'attitude naturelle de la parturition était l'accroupissement ; le signataire de ces lignes, convaincu par je ne sais quel récit d'accouchement africain, triomphait de son succès. C'est en champion de la posture accroupie qu'il a commencé, voici bientôt un an, les présentes recherches. Malgré le nombre de documents qu'il a consultés, il sait en avoir laissé encore un grand nombre à l'écart, les auteurs ayant traité tout ou partie des points qui l'occupent étant presque innombrables. Il espère néanmoins avoir fait d'une manière impartiale un tableau à peu près complet des avantages et des inconvénients de chaque méthode, telle du moins qu'on peut le présenter dans l'état actuel de nos connaissances.

*
* *

Les « notions anatomiques sont ennuyeuses », a dit M. le pro-

fesseur Pinard à propos de la symphyséotomie (1), mais elles sont nécessaires au sujet que nous traitons.

Ne pouvant espérer les rendre plus attrayantes et trouvant inutile de copier le travail que je viens de citer où sont magistralement résumées les recherches du professeur Farabeuf sur l'anatomie obstétricale du bassin, nous préférons y renvoyer nos lecteurs ainsi qu'aux différents traités d'obstétrique (2) qui se trouvent dans toutes les mains, et ne signaler ici que les questions controversées en anatomie ou en physiologie quand la solution nous sera utile par la suite.

(1) Rapport au *Cong. int. des sc. méd.* Rome, 1894, In *Arch. de gyn. et obs.*, Paris, 1894, p. 407.

(2) Pinard et Varnier, *Anat. obst.*, Paris, 1892 ; Ribemont-Dessaigne et Lepage, *Précis d'obst.* (plus. éd.), Paris ; Farabeuf et Varnier, *Intr. étud. clin. et prat. des accouchements*, etc., etc. — Cf. aussi les ouvrages d'anatomie générale.

CHAPITRE II

DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT ET AGRANDISSEMENT DU BASSIN

Il semble, à première vue, que l'idéal en obstétrique serait d'avoir un tout petit fœtus pour une filière pelvi-génitale fort grande. Cela n'est pas tout à fait vrai, car il est prouvé qu'une trop grande disproportion entre la tête de l'enfant et la voie qu'il doit suivre n'est point favorable à un heureux accouchement (1).

On sait en effet (2), « que le fœtus descendu suivant toute la longueur de cette ligne (droite formant l'axe du bassin passif ou osseux) jusqu'au plancher périnéal, doit avant son expulsion creuser un bassin de nouvelle formation aux dépens des parties molles ».

A la suite de Depaul (3), Budin (4) a montré que les tissus se laissent dilater à un degré extraordinaire quand on distend lentement le périnée, mais se déchire avec la plus grande facilité si la cause dilatatrice agit trop brusquement. Et c'est en accusant une expulsion trop rapide que Sallé (5) explique la déchirure fréquente du périnée par de petites têtes, fait mis en évidence dans les statistiques de Fosbender, Libmann et Hécker. Radier (6), Bonnemaison (7) sont du même avis. De ces faits et (statistique

(1) L'accoucheur ne peut oublier non plus que l'enfant doit être le plus développé possible en venant au monde pour lutter avec avantage contre tout ce qui menacera son existence.

(2) Pinard, *Not. sur les titres des travaux scient.*, Paris, 1889 ; A. Boissard, *De la forme de l'excav. pelv. consid. au point de vue obst.* Thèse Paris, 1884.

(3) *Leçon de clinique obs.*, rédigé par le Dr De Soyre, p. 732 et 733.

(4) Première thèse d'agrégation, Paris, 1878.

(5) *Déchirure du vagin pendant le travail de l'accouchement.* Thèse Paris, 1892-1893.

(6) *Déchirure du périnée.* Thèse Paris, 1894.

(7) *Accouchement rapide et non surveillé.* Thèse Paris, 1897-1898.

personnelle) de ce que les fœtus de 2 kil. 900 sont ceux qui causent le plus de déchirure avec des bassins normaux tandis qu'ils ne produisent aucun dommage avec des bassins généralement rétrécis, Gonnet [1] conclut qu'il y a avantage à ce qu'à de petites têtes correspondent de petits diamètres sacro-pubiens qui modèrent la descente et faisant fléchir la tête permettent une meilleure utilisation de ses propres diamètres [2]. Le professeur Fochier, son maître, disait même (*loc. cit.*, p. 3) à propos de la pathogénie des déchirures du périnée : « Il faut bien se rendre compte de la façon dont la tête aborde le périnée. Elle doit l'aborder en flexion pour qu'il puisse assez se distendre dans sa portion centrale ; la distension périnéale centrale est le fait capital des déchirures du périnée. Ce qui maintient la flexion de la tête, c'est la fixité du *diamètre invariable* du sacrum au sous-pubis, le coccyx ne faisant point partie du bassin osseux, mais du périnée postérieur. Lorsque dans l'accouchement normal, on sent la petite fontanelle défiler sous le pubis, c'est l'arrêt du front par le sacrum qui oblige la tête à continuer sa descente. C'est là un phénomène purement mécanique. Si le front rencontre le sacrum trop haut, le dégagement éprouvera les plus grandes difficultés à se faire, le plus souvent quand il se fait mal c'est que le sacrum est trop court et sa pointe trop haute... (ou) trop en arrière. » Nous allons voir ce qu'il faut penser de l'invariabilité du diamètre sacro-sous-pubien ; mais tirons tout de suite les conclusions que comportent les faits que nous venons de citer :

On ne doit rechercher la diminution de durée dans l'accouchement par une attitude donnée, si tant est que ce soit possible, qu'autant que l'on a les moyens d'empêcher les dégâts que doit causer l'augmentation de vitesse expulsive.

Notons, en effet, que si les statistiques de lésions périnéales dans les parturitions rapides sont aussi bonnes [3], c'est que sui-

(1) *Du triangle du dégagement.* Thèse Lyon, 1903.
(2) Cf. AUVARD, *Mém. d'obst.*, t. I, p. 343. Paris, 1889.
(3) Sur 8 cas relevés par moi dans le 1er semestre de 1906 à la clinique Baudelocque, pas une seule déchirure du périnée. R. G.

vant l'avis de Bonnemaison (Thèse Paris, 1898, p. 59) la plupart du temps « l'accouchement n'est précipité qu'en apparence et que le périnée a grandement le temps de se distendre avant l'expulsion brusque ou inattendue... ». Les femmes restent généralement debout jusqu'au dernier moment et nous verrons que c'est une des situations qui rétrécit le plus le détroit inférieur.

*
* *

Le sacrum est-il mobile ? Depuis de longs siècles (1), les accoucheurs se sont jetés des arguments à la tête pour et contre cette

(1) Deventer le premier, au témoignage de Günz qui se range à son avis, en a parlé : « Desidero autem, ut idonea sella adsit, qualem vel Deventerus, vel Celeb. Friedius excogitavit, in qua parientium sic collocari oportet, ut solis ossium ischium tuberibus initatur » (D'Ablaincourt, *loc. cit.,* p. 118, dit : « La chaise est toujours préférable au lit. » Urgente necessitate, etiam concedi potest ut pariens super binis sellis compositis sedeat, ut inter utrasque spatium sit quo obstetricia manum demittere et fœtus œdi possit). Nam etsi fere omnes, qui de arte obstetricia scripserunt, de coccygis osse, nullus, praeter Deventerum, de sacro præciperint ut ab omni compressione liberum sit » et cependant, continue-t-il, « id minimum in teneris ac junioribus fœminis », « propter interpositas cartilagines » « aliquantum retrocedere potest » (Günz, *Comment. de comm. parient. situ.*, Leips. 1742. — V. la Bibliographie).

Parmi les auteurs qui l'ont précédé, Duncan cite lui-même Laborie que nous allons retrouver tout à l'heure et dont il critique les expériences sur l'écartement des tubérosités ischiatiques. D'autre part, Séverin Pineau, *Opuscule d'anat. et de physiol.* ; Levret, *L'Art des accouchements*, 1751 ; Smélie, *Traité théor. et pratiq. des acc.* ont étudié certains points de la question. Baudelocque en a parlé (*L'Art des accouch.,* 1815) pour nier presque complètement l'assouplissement des articulations pelviennes. Bret (Thèse Strasbourg, 1832) le réadmet ainsi que Stolz ; Killian, *Die Geburtslehre*, t. I, § 179, 1847, refuse d'y voir une cause d'agrandissement ; Crédé, *Klinische Vorträge über Gebùrtskùnde*, est d'opinion contraire.

Puis nous entrons dans la voie réellement scientifique ; Luschka (*Kirch. Arch.*, 7, S. 313 et seq., 1854) ; Schwegel (*Monatschrift f. Geb...*, 1859) et surtout Laborie (*Gaz. hebd. de méd.*, 1862) : « Etude sur le bassin. Rôle des symphyses pendant l'accouchement ». — Ce dernier donne dans son travail des conclusions analogues à celles auxquelles sont arrivés M. Bonnaire et Bué dans leur rapport au Congr. int. de gyn. et d'obst. d'Amsterdam, 1899, rapport dont nous avons extrait ce dernier paragraphe.

mobilité. Depuis les démonstrations de Zaglas (1) et de Duncan (2) et surtout depuis les fameuses discussions suscitées par les affirmations de Walcher, peu d'accoucheurs nient la « nutation » de l'os sacré. Le désacord règne seulement sur la quantité de déplacement et sur l'agrandissement qui peut en provenir pour le bassin.

Dans un travail récent (3) Jacks cherche à préciser que l'articulation sacro-iliaque est en « pas de vis » (4) (Schrauben-gewinde ou Schrauben-gelenk, mot déjà employé par Gustave Klein) (5) ; puis, ce qui nous intéresse surtout, que l'attitude influe sur l'agrandissement du bassin. Il reproche à Klein ses mensurations cadavériques (6) « comme faites sur des femmes non enceintes »

(1) In *Monthly journ. of med. scienc.*, 1851, XIII, p. 289. Rapport fait par Gairdner et Barlow sur un travail manuscrit de Zaglas (*Obs. on the symphysis pubis*).

(2) *Dublin quaterly journ. of med. scienc.*, 1854.

(3) *Zeitsch. f. Geburt.*, 1905, Bd. liv. hlf. 2, *Ueber die Statik und Meckanik des weiblichens Beckens* ».En réponse aux théories du professeur Meyer de Zurich sur les ligaments sacro-iliaques et sur l'architecture du bassin, le Dr Jacks soutient que le bassin est une voûte en coupole parfaitement typique et dont le sacrum est un segment mobile.

(4) L'expression française est de lui,dans une lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire.

(5) In *Zeitsch. f. Geb. und Gün.*, 21, B. S., 107, z 8, v. u. — Farabeuf avait dit : « sur le sacrum un rail creux arqué autour du point réputé axile. Sur l'ilium un croissant également arqué mais en relief et visiblement moulé sur la cavité du précédent, vous fera deviner la nature et la précision des mouvements des deux os si peu étendus qu'ils soient. Avec des surfaces inégales, irrégulières, tout glissement serait impossible et c'est ce qui arrive chez le vieillard et beaucoup d'autres sujets ; avec des surfaces planes le glissement se ferait en tout sens, sans précision ni solidité ; avec ces arcs se pénétrant réciproquement ne fut-ce que d'un millimètre, le mouvement reste précis et centré, si vague que soit les divers faisceaux du ligament axile. Le mouvement est fort peu étendu,il faut choisir les sujets jeunes adultes pour le bien observer Il ressemble, moins la rapidité, au balancier d'une montre (Pinard, rapp. au Congr. int. des sc. méd., Rome, 1894,in *Arch. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1894, p. 415).

(6) *Zeitzch. f. G.*, 1891, t. XXI, Ire partie.— Cf. J. v. Zaleski (« die Veränderlichtkeit der Conjugata vera ») et Attal. Merk. « die Veränderliehtkeit der

et, ne paraissant point connaître les travaux de Varnier [1], il préfère les mesures (?) cliniques de Valcher [2].

Résumons donc brièvement la communication de ce dernier auteur et la réponse du savant français.

Béchenmaase und deren Usachen ») en leurs thèses inaugurales de Würtzbùrg, 1891.

(1) « Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1894, XLII, p. 428 et 449 ; « La symphyséotomie », *Rapp. au XII[e] cong. int. des sc. méd.*, Moscou, 1897, *Ann. de gyn.*, 1897, t. XLVIII, p. 189.

(2) *Centralblatt f. Gün.*, n° 51, 1889, p. 892 ; même *Revue*, juin 1893 (« Réflexions contre la symphyséotomie »).

CHAPITRE III

HYPEREXTENSION. – HYPERFLEXION

Voici, abrégée, la communication de Valcher (1) : « Lorsqu'on place une femme enceinte approchant du terme, ayant un bassin rétréci selon le diamètre conjugué, lorsqu'on la place, dis-je, sur une table à examen de telle sorte que la partie supérieure du corps soit légèrement relevée, les genoux fléchis et solidement appuyés sur le ventre, on atteint le promontoire avec la plus grande facilité. Lorsqu'on place la même femme sur le siège au bord du lit un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs pendant dans le vide aussi loin que possible en bas et en arrière (Hängelage, Supinirtelage, Walcherschelage), on sent à mesure que s'abaisse les membres inférieurs, le promontoire reculer. — Suivent les mensurations du conjugué diagonal pratiqué dans ces deux attitudes sur 6 femmes vivantes et donnant :

F.	I pare	différence	9	millimètres.
B.	II pare	»	13	»
S.	III pare	»	8	»
H.	I pare	»	8	»
R.	IV pare	»	13	»
H.	III pare	»	8	»

« En relevant les genoux et en enlevant le coussin, on retrouve aussitôt les dimensions antérieures.

« Dans les cas de viciation moyenne du bassin si l'on atteint le promontoire dans la première attitude on cesse de le sentir lorsque les membres inférieurs sont pendants en Hängelage.

« Le conjugué diagonal (diamètre promonto-sous-pubien) a donc dans beaucoup de cas une dimension capable de varier de 1 cen-

(1) In *Centralblatt f. Gün.*, n° 51, 1889, p. 892. — Cette citation est *resumée* d'après la traduction de Varnier, in *Ann. gyn. et obst*, 1894, p. 429, t. XLII.

timètre. Je dirais volontiers dans tous les bassins non ankilosés, bien que je veuille pour le moment laisser ce point de côté n'ayant pas encore assez d'observations.

« J'ai mesuré le conjugué vrai (diam. antéro-post., promonto-pubien) chez une femme morte d'éclampsie et trouvé entre les mensurations faites dans les deux attitudes une différence de 8 millimètres. »

Varnier [1] lui répondit en démontrant que depuis longtemps, et en particulier depuis Zaglas [2], la « nutation » du sacrum était connue ; mais que de l'avis de tous ceux qui avaient fait des mensurations sérieuses [3] sur *des cadavres*, cet agrandissement était rarement **au maximum** (Crouzat) de 8 millimètres entre les deux positions extrêmes (hyperextension-hyperflexion). Or il n'y a d'intéressant comme gain que celui acquis par le passage de l'attitude obstétricale ordinaire (extension simple) à la Walcherschelage. Celui-ci, d'après Klein, n'est au maximum que de 3 millimètres. « C'est si peu de chose qu'au point de vue pratique, c'est presque sans intérêt. »

Nous avons vu qu'on reprochait à Klein de s'être servi de sujets non puerpuéraux, aussi Pinard et Varnier continuèrent-ils ces expériences sur des femmes mortes en couches et les résultats [4] (2 mm. en moyenne, 4 mm. au maximum, sur 9 cas) furent même inférieurs à ceux de Klein ; aussi Varnier put-il, au sujet des deux attitudes opposées, conserver les conclusions suivantes (*loc. cit.*) : *Au détroit supérieur, agrandissement si faible qu'il peut être considéré comme nul au point de vue pratique. A la sortie du bassin, un agrandissement notable digne d'attirer l'attention des accoucheurs.*

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1894, p. 430 et suiv.

(2) V. notre première partie, p. 48 et suiv. et le chapitre précédent.

(3) Varnier cite : Duncan, Crouzat, G. Klein et ses deux élèves : Zaleski et Attal Merck, Balandin, Laborie, etc. — Cf. aussi Korsch, etc. (pour le nom des ouvrages, voir la bibliographie).

(4) *Compte rendu du XIIe Congrès intern. des sc. méd.*, Moscou, 1897.

*
* *

La question pouvait paraître résolue ; mais Walcher défendant encore l'utilité et la priorité de ses travaux, une vive discussion surgit en 1899 au IIIe Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie d'Amsterdam. Elle fut close par ces paroles de M. le professeur Pinard : « Je déclare que je m'associe à leurs conclusions ([1]) et aux remarques qui viennent d'être faites par M. Bar. Il a remis chaque chose et chacun à sa place. Je m'appuie pour cela sur les observations et mensurations de M. Varnier, présentées au Congrès de Moscou et sur celles que nous avons pu faire depuis. Il faut que les accoucheurs sachent que par la position dite de Walcher, dix fois sur cent environ, ils n'obtiendront aucun agrandissement et que dans les autres cas, l'agrandissement sera en moyenne de 3 millimètres ; exceptionnellement, il sera plus considérable. »

Les trois auteurs dont parle M. le professeur Pinard, reprenant la question d'une façon fort générale au point de vue des effets des attitudes sur l'agrandissement du bassin, nous avons cru utile de passer rapidement en revue ici la « note » de M. Bar ([2]) et de citer quelques-unes des conclusions du rapport de MM. Bonnaire et Bué ([3]).

Reproduisons tout d'abord, à la suite du premier de ces auteurs, certains passages de Duncan ([4]) qui, après avoir indiqué la plus grande mobilité des articulations pelviennes pendant la seconde partie de la grossesse — mobilité portant surtout sur les symphyses sacro-iliaques et permettant des mouvements réciproques du sacrum et des os coxaux autour d'un axe passant par la

(1) De M. Bonnaire et Bué, *Rapport au IIIe Congrès int. d'obst. et de gyn.*, Amsterdam, 1899.

(2) Bar, *Note présentée au 3e Congrès intern. d'obst. et de gyn.*, Amsterdam, 1899, in *C. R. du congrès* et in J. *L'Obstétrique* de novembre 1899.

(3) Bonnaire et Bué, *Rapport au IIIe Congrès int. d'obst. et de gyn.*, Amsterdam, 1899.

(4) Duncan, « Sur les articul. du bassin pendant l'accouch. » *Dublin quaterly journ. of med. scienc.*, août 1854. Trad. Budin, Paris, 1876, p. 159 et suiv.

seconde vertèbre sacrée, — ajoute : « Par suite de l'élévation de la symphyse pubienne (ou de l'inclinaison en avant du promontoire). L'angle d'inclinaison du pubis est moins considérable et le diamètre conjugué du détroit supérieur est diminué de 4 ou même de 6 millimètres. Le diamètre correspondant du détroit inférieur est augmenté probablement du double (1). Cette différence entre les effets au détroit supérieur et au détroit inférieur résulte de ce que le centre du mouvement est beaucoup plus rapproché du promontoire que de la pointe de l'os. Le promontoire par conséquent décrit un arc de cercle moins étendu que l'extrémité inférieure du sacrum... Nous avons déjà démontré que dans la position verticale, le détroit supérieur du bassin était aussi grand que possible, la symphyse du pubis est alors abaissée et le détroit inférieur se trouve en conséquence diminué d'étendue. Pendant la première partie du travail tandis que la tête appuie sur le détroit supérieur, la femme est en général debout, assise ou couchée sur le dos ou bien dans une position étendue qui ne nécessite aucun effort ; mais dès que la tête est redescendue dans l'excavation et qu'elle appuie sur le vagin qui est plus sensible, alors les contractions utérines sont accompagnées d'efforts qui viennent les renforcer. Ces efforts consistent en grande partie en des contractions puissantes des muscles de la paroi abdominale antérieure qui ont pour effet, particulièrement les muscles droits, d'élever la symphyse du pubis, de porter en avant le promontoire, de rétrécir le détroit supérieur, d'agrandir le détroit inférieur et de diminuer l'angle d'inclinaison du bassin. La position que prendra la femme, pendant la seconde période de l'accouchement, contribuera à produire tous ces changements. Nous avons montré en effet que si le corps se penchait en avant, il en résultait l'éloignement de la pointe du sacrum et l'agrandissement du détroit inférieur. Il est curieux de voir que la femme pendant les efforts, dans la seconde période, plie et élève les jambes, incline le tronc en avant et détermine ainsi du côté du bassin des modifications qui à ce moment facilitent la descente du fœtus. »

(1) Cf. Appendice (p. 139), le travail de Jaks déjà cité.

Bar vérifia ces assertions sur six cadavres de femmes mortes en couches [1]. Il constata de plus que « le diamètre transverse et par suite les diamètres obliques doivent, eux aussi, être modifiés. Il est logique de penser que cette diminution de 8 millimètres du diamètre bi-ischiatique [2] avait pour contre-partie une augmentation de 4 à 5 millimètres (l'amplitude des variations du détroit supérieur étant environ de moitié inférieure à celle des variations du détroit inférieur) dans le diamètre transverse. C'est là un point sur lequel je ne puis apporter de renseignements précis, mais qui mériterait d'être étudié.

« Les heureux résultats obtenus par certains opérateurs dans l'extraction de la tête fœtale alors que la femme était placée dans l'extension ne s'expliquent pas seulement par l'augmentation du diamètre conjugué supérieur ; ils tiennent sans doute à une ampliation générale du détroit supérieur. »

Et il conclut :

« 1° L'extension des membres inférieurs a pour effet de produire un accroissement des dimensions du détroit supérieur. Mais il est inutile de porter les membres inférieurs dans une hyperextension forcée, le nouvel accroissement des dimensions du détroit supérieur obtenu par cet excès d'extension est très minime.

2° L'extension a pour effet de modifier l'inclinaison du bassin, le plan du détroit supérieur tend à se rapprocher de l'horizontal » [3].

En application de ces principes, Bar a préconisé une nouvelle attitude pour la version qu'il décrit ainsi. Cherchant : « 1° à profi-

(1) Dans un cas pourtant (*bassin très légèrement rétréci*), il n'y eut aucune variation du conjugué supérieur entre l'hyperflexion et l'hyperextension. Varnier (*loc. cit.*) concédait pourtant à Walcher que ceux-ci bénéficiaient *légèrement* plus de son attitude que les bassins ordinaires.

(2) Par l'hyperextension.

(3) Les dimensions du diamètre conjugué s'accroissent en même temps que cet angle diminue ; mais cela a une limite, elles ne varient plus lorsque les deux plans se confondent quoique l'extension continue et « tout le mouvement se produit de nouveau dans la colonne vertébrale ». — Cf. les expériences de Bar (cas n° 5), *loc. cit.*

ter de l'agrandissement du détroit supérieur que donne l'extension.... ; 2° mais aussi à éviter les difficultés qui découlent, au moment des manœuvres d'extraction, de la bascule du bassin, je place la femme le siège soulevé par de nombreux coussins ; sa position se rapproche de celle qui a été préconisée par Dickinson (1). Bien entendu les cuisses ne sont pas portées dans l'extension, pendant la version proprement dite ; elles ne le sont que pendant l'extraction. A ce moment les aides..... se contentent de les maintenir écartées en ne les soutenant pas ou les soutenant à peine ; l'extension est donc moindre que dans la position de Walcher proprement dite ».

Bar termine en disant que si, dans quelques cas, il peut être utile de recourir à la posture de Walcher ou à la sienne, c'est uniquement pour un léger rétrécissement du détroit supérieur lorsque l'excavation n'est pas touchée et qu'il n'y a pas à redouter la résistance des parties molles, ce qui se présente fréquemment avec les rétrécissements portant sur le bassin entier. Elle ne peut donc remplacer l'opération de choix, la symphyséotomie.

*
* *

Nous avons été tenté de donner ici *in extenso* toutes les conclusions de MM. Bonnaire et Bué qui, nous l'avons vu (2), ont reçu la haute approbation de M. le professeur Pinard. Pour éviter les redites nous nous bornerons aux suivantes :

« 5° Quand la base du sacrum se propulse en avant vers le pubis, la partie supérieure des os iliaques bascule de dehors en dedans ; par ce mouvement complexe, le détroit supérieur se rétrécit principalement d'avant en arrière et accessoirement en sens transversal. Par contre, le rejet en arrière de la base du sacrum entraîne l'agrandissement du détroit supérieur principalement dans le diamètre antéro-postérieur et accessoirement dans le sens transversal ;

(1) Dickinson, « The conclused Trendlenbourg-Walcher posit. in obste. operating », *The Americ. Journ. of Obst.*, XII, 1898.
(2) Page 68.

« 6° Quand le détroit supérieur s'élargit, le détroit inférieur diminue dans tous ses diamètres en raison de l'antépulsion du coccyx et du rapprochement concentrique des deux ischions. Par contre, les diamètres de ce dernier détroit, spécialement le bi-ischiatique, augmente par l'antépulsion de la base du sacrum et le rejet des ailes iliaques en dedans ;

« 7° L'attitude d'hyperextension du corps entier, le tronc prenant appui par la région sacrée sur un plan résistant, a pour effet d'agrandir le détroit supérieur en sens sagittal, à la fois par le rejet de la base du sacrum en arrière et par l'abaissement des pubis ;

« 8° Nos expériences ont montré que l'agrandissement du détroit supérieur en sens sagittal est moindre que ne l'a indiqué Walcher. Il est en moyenne de 3 à 4 millimètres ;

« 9° L'attitude de pelotonnement des membres pelviens sur le tronc en position de la taille périnéale rétrécit le détroit supérieur. Par contre, elle élargit considérablement le détroit inférieur dans le sens transversal. *L'accroissement moyen du bis-ischiatique a été de 16 à 18 millimètres dans nos expériences en passant de l'attitude hyperétendue à celle de la taille* ;

. . . .

« 11° L'emploi de la position hyperétendue est indiqué soit pour permettre la descente spontanée, soit pour effectuer l'engagement de la tête à l'aide du forceps. soit pour extraire la tête dernière retenue au détroit supérieur rétréci. Toutefois, la gêne apportée aux manœuvres obstétricales dans cette attitude de la femme annihile en pratique une partie des avantages qui découlent du léger agrandissement du détroit supérieur ;

« 12° L'emploi de la position de la taille périnéale est beaucoup plus profitable ; mais il est moins souvent indiqué que celui de l'attitude d'hyperextension. On doit le réserver pour les cas où il existe un rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique), pour ceux où la tête enclavée en présentation du front dans le petit bassin doit être extraite par le forceps, pour ceux encore où la tête étant extraite les épaules sont arrêtées sur le plancher du bassin en raison de l'excès de volume du tronc. A l'inverse de l'atti-

tude en hyperextension, l'attitude de la taille favorise les interventions obstétricales en présentant au mieux le champ opératoire à l'accoucheur. Elle supprime la gêne que peuvent apporter les cuisses de la femme à la bonne mise en place et au maintien convenable des branches du forceps, en élargissant le détroit inférieur et en déterminant une sorte de béance de la vulve elle rend le fœtus, arrêté au détroit supérieur, mieux accessible aux instruments obstétricaux ;

« 13° L'agrandissement maximum est réalisé avec la position de la taille périnéale quand les genoux sont exactement vis-à-vis des cuisses et non portés ni en abduction ni en adduction. »

A ces conclusions, nous nous permettrons d'ajouter en plus que la position de Walcher est peu favorable à l'effort expulsif. Comme nous traitons plus loin ce sujet nous y renvoyons le lecteur et en particulier au passage du Günz, cité p. 76 et suiv.

*
* *

En résumé, la Walcherschelage est définitivement jugée. Dans quelques cas très rares où le médecin aura tenté imprudemment la version, il pourra essayer en désespoir de cause de mettre la femme en hyperextension pour sortir une tête dernière qui ne voudrait pas venir ; mais étant donné la probabilité considérable qu'il y a d'obtenir un agrandissement insignifiant on ne devra jamais engager une manœuvre en comptant sur cette attitude ; elle n'est, qu'on me permette la comparaison, qu'une simple voilure de fortune.

Ainsi du reste que le disent Bonnaire et Bué dans le rapport cité, la chose était depuis longtemps théoriquement connue (1), mais Walcher a eu l'honneur, grâce aux vives ripostes de Varnier, de mettre ces questions à l'ordre du jour de l'opinion clinique, qu'elles n'avaient point jusqu'alors passionnée.

(1) Conf. outre les références citées p. 48 et suiv. et p. 63 les travaux de Phœnomenow, *Zeitschr. f. Geburts. und Gün.*, 1882, t. IX, p. 254. Puis Tarnier et Potocki, 1892 ; Potocki, *Exposé des titres scientifiques*, 1892 ; *Sur l'influence des tractions pour l'agrandissement du diamètre transversal du détroit inférieur.*

CHAPITRE IV

ACCROUPIE OU ASSISE ?

Mais « ces vives ripostes » ont eu un autre mérite et elles ont attiré l'attention sur « la position inverse ». Depuis longtemps on avait remarqué, et Duncan l'écrivait encore, nous venons de le voir, que la femme qui reste étendue dans les premiers moments du travail cherche instinctivement à prendre à la fin une attitude hyperfléchie, « Prona », disait Günz [1]. C'est du reste cette observation qui nous a conduit à considérer avec un grand nombre d'auteurs, et contrairement à l'opinion de Verrier [2], que l'accroupissement était la position primitive prise dans l'expulsion.

Il présente à côté des utilités que donne l'hyperflexion [3] de nombreux inconvénients sur lesquels peuvent passer les races pour lesquelles il est une habitude dans la vie quotidienne [4], mais qui, outre peut-être le sentiment de répugnance qu'invoque Witkowski [5], ne pourrait être longtemps gardée par la patiente civilisée sans qu'elle se plaigne de fatigue et de crampes. La cir-

(1) *De parturientium situ*, etc., voir la bibliographie. — Cet ouvrage, quoique nous n'en acceptions pas toutes les conclusions, n'en est pas moins remarquable, à notre avis.

(2) Voyez page 53. — Cependant ce même auteur un peu plus loin déclare qu'elle doit être aussi ancienne que la position debout et que « telle qu'elle est avec l'axe du corps incliné en avant, la position accroupie est la plus naturelle pour l'expulsion d'un corps provenant du vagin aussi bien que du rectum ; elle doit donc, dans tous les cas, aboutir rapidement à la sortie du fœtus ».

(3) V. le chapitre précédent.

(4) V. première partie, chap. II, p. 6.

(5) « Parce qu'elle rappelle celle prise pour la défécation », *loc. cit.*, p. 420. — Cf. aussi Verrier, *In class. des post.*, etc.

culation se faisant très mal dans cette posture, la femme ne peut demeurer ainsi si la période d'expulsion dure plus de quelques minutes. L'assistance est très difficile pour le fœtus (circulaires, etc.) et pour la mère (périnée). Il est en effet impossible de surveiller facilement la progression de l'enfant et surtout de modérer sa sortie. De plus, elle nécessite la nudité presque absolue — tout lien est plus difficilement supporté, tout ornement dur ou saillant (bouton, passementerie) serait une cause de gêne. — Or cette nudité, — sans parler du sentiment de pudeur encore plus contrarié si je puis employer ce mot, que dans les autres procédés où la femme conserve quelques voiles — entraînerait de plus un refroidissement considérable pour des personnes habituées surtout en hiver à être chaudement couvertes et dont le tronc reste presque entièrement revêtu dans nos méthodes actuelles. Aussi ne le voit-on préconisé par personne, quoique l'on puisse dire qu'il présente sur les autres situations en hyperflexion les avantages suivants :

1° La pesanteur, quelque faible que soit son action et quoique celle-ci ne soit pas directe surtout chez les personnes ayant la vulve élevée, peut aider dans certains cas l'effort musculaire.

2° La direction de l'excavation est, d'après Verrier (*loc. cit.*), assez favorable à l'expulsion sans qu'il y ait à craindre de rupture menaçante ;

3° L'enfant si sa sortie est brusque ne tombe pas de bien haut et quelle que soit la brièveté du cordon on ne peut craindre la rupture ou l'inversion utérine comme dans la station verticale ;

4° Enfin c'est celle où la femme semble avoir le moins besoin d'aide ; c'est celle en effet où elle peut le mieux surveiller elle-même son périnée et dégager par ses seuls moyens la tête de son enfant [1].

Toutes ces raisons deviennent plutôt négatives dès que la femme peut être assistée.

(1) Pour la même raison c'est l'attitude choisie par la femme qui veut se faire avorter seule ; car elle lui permet, paraît-il, non seulement — grâce à certains procédés sur lesquels nous n'avons pas à insister — de voir le museau de tanche mais aussi de diriger son instrument meurtrier avec plus de facilité.

1° Ainsi que le dit M. le docteur Raynaud dans la lettre que nous avons citée page 8 et que nous l'avons prouvé dans le chapitre II de cette seconde partie, il n'est pas toujours bon que l'expulsion soit accélérée par la pesanteur. S'il est nécessaire de presser la sortie du fœtus nos manœuvres remplaceront facilement cette force aveugle ;

2° L'enfant est recueilli, au lieu d'aller à terre, d'une façon plus commode dans toute autre attitude.

*
* *

Reste à savoir si, l'accroupissement mis à part, nous devons néanmoins rechercher une posture fléchie dès que la femme ressent le besoin de pousser. Or nous l'avons déjà vu dans les mémoires de Varnier, de Bar, de Bonnaire et Bué (V. ch. III, même partie) [1], c'est dans l'hyperflexion que le détroit inférieur atteint sa plus grande dimension, et de l'avis de tous depuis Duncan, le gain en passant de l'hyperextension à l'hyperflexion est le double de la diminution que subit le détroit supérieur. Enregistrons à nouveau ce fait et notons en plus que ces attitudes favorisent le relachement du périnée [2] ; mais si ces deux remarques peuvent encore se faire au sujet des situations couchées et fléchies (v. les chapitres suivants), c'est surtout dans les positions assises que, pour Günz, est favorisé l'effort musculaire, en particulier par la liberté de la respiration : car dit-il [3], « si par suite de la position donnée à la femme les côtes sont remontées, le diaphragme est élevé ; son libre jeu est entravé comme celui des muscles ab-

(1) Nous renvoyons aussi nos lecteurs au travail de Jaks, « *Ueber die Statik und Mechanick des weiblichen Beckens* », paru dans les *Zeitsch. f. Geburt*, etc. de 1905, sauf pour les passages que nous avons jugé utile de reproduire et que l'on trouvera à l'appendice.

(2) Brouardel recommandait toujours de faire fléchir les jambes au maximum, le sujet tirant ses genoux vers sa poitrine, lors des examens de viol ; car c'est ainsi, disait-il, que par suite de la plus grande laxité des tissus on peut le mieux développer et considérer l'hymen.

(3) En tête du paragraphe 1 du cap. V, p. 467, *loc. cit.*

dominaux, employés qu'ils sont à lutter contre les intercostaux et autres muscles élévateurs et ils ne peuvent plus aider à l'expulsion, tandis que si la poitrine pleine d'air leur donne un point d'appui, ils peuvent comprimer avec force l'utérus » [1].

Et le même auteur continue :

« Ubi si parum contrahunt ita ut eorum fibræ e curvis rectæ fiant, viscera imi ventris cogunt et ad spinam compellunt. Si fortius contrahuntur neque tamen thorax et ossa pelvis cedunt, eadem viscera tamquam manu comprehensa, arctius constringuntur quare hoc motu et lotii (urine) et sæcum excretionem præstamus et gravidæ illo ad excludendum partum utuntur. Quoniam vero et thorax et pelvis moveri potest et hœc ad pectus et pectus ad pelvim vel utraque a se invicem iisdem musculis adduci queunt. Ubi tamen pectus deprimitur, non solum costæ cum pectoris osse, sed tota spina inclinatur quæ alias ab his musculis, in utramque partem, super ultimis lumborum vertebris et sacro osse, converti potest » [2].

(1) Cf. Varnier, *Obst. journ.*, 1900, p. 95. « Pendant que le sterno-mastoïdien, le scalem, les grands et petits peetoraux, les dentelés, ete... retiennent la poitrine et l'empêehent d'obéir à l'aetion des muscles abdominaux expirateurs, la plupart de eeux destinés au mouvement des cuisses et des jambes, immobilise le bassin. »

(2) Si les muscles se contraetent peu et que de courbées leurs fibres se redressent, ils compriment les viscères et les portent contre l'épine (vertébrale). Si ils serrent plus fort et que ni le thorax, ni le bassin ne eèdent, les viseères comme pressés avec la main et serrés plus fortement laissent éehapper l'urine et les fèces et de même le fœtus. Lorsque au contraire, ils travaillent à rapprocher tour à tour le thorax et le bassin, la poitrine est déprimée et toute la colonne est inclinée... Si l'homme est debout, le ventre proémine, la respiration se fait librement et l'abdomen peut non moins faeilement se contracter. Si l'homme est ASSIS les pubis montent vers le thorax et c'est eneore plus commode pour lui surtout si la tête est inclinée sur la poitrine. Quand on est à genoux, le trone vertieal, le ventre gonfle et, thorax et bassin sont éloignés d'autant plus qu'ils étaient rapproehés davantage dans le eas préeédent ; les museles droits se raidissent et on ne peut ni respirer, ni déféquer librement. Enfin dans le décubitus dorsal, c'est un juste milieu ; si alors, on fléehit les cuisses, les pubis se rapproehent autant du thorax que dans la situation assise, si au contraire les pieds pendent, si la tête et la poitrine sont rejetées en arrière (position de Walcher), il y a beau-

Comparons avec lui les différentes attitudes sur ce point (1).

« Si homo erectus stat, venter quidem prominet sed respiratio libere procedit et imus venter ab his musculis non minus facile angustari potest. Si sedet, quo positus ossa pubis ad thoracem accedunt, eadem multo liberius fiunt, maxime si capite sedet, pectoreque paullulum inclinato. Ubi erecto corpore in genua procumbit et venter insigniter prominet et pectinis ossa tantum a thorace recedunt, quantum acceduut dum homo sedet cumque in hoc situ recti musculi adeo intenduntur ut fere rigescant, homo nec libere respirare potest (2) nec ventrem pro lubitu arctare. Denique in supino situ, quo quis toto corpore extento jacet, omnia medio statu sunt inter eum, quo sunt dum stat et dum sedet homo. Atque huic similis is est quo femora ad ventrem adducuntur, quod pubis ossa hoc situ non minus quam inter sedendum, ad thoracem appropinquant. Contra si quis propendentibus pedibus et capite pectoreque reclinato, jacet, summa utrinque difficultas est (3). Nam quod eo situ, abdominis musculi a diductis minium pectoris et pelvis ossibus distenduntur, ab altera parte, venter comprimi prorsus non potest, ab altera, pectus figitur et respiratio cohibetur, ad quod, præter abdominis et intercostales musculos qui pectus in contraria partes movent, sterno cleido mastoïdei concurrunt, qui. capite retro demisso, os pectoris a superiori parte firmant. Ut vero has corporis posituras, sic respirationes musculorumque abdominis statum, plures variari posse, facile est animo comprehendere. Neque tamem is pro-

coup de difficultés, car les muscles sont distendus, l'abdomen ne peut être comprimé et la respiration est gênée par les sterno-cléido-mastoïdiens qui tirent l'extrémité supérieure du thorax en sens contraire par suite du rejet en arrière de la tête. Tout ceci n'est pas difficile à comprendre. Donc dans la position hyperfléchie lorsque les os coxaux sont remontés vers le thorax, rien n'empêche assurément ni les mouvements de la poitrine ni l'action des muscles abdominaux pour comprimer le ventre et mettre ainsi le part à la lumière. Chacun peut expérimenter tout cela facilement sur lui-même. — TRADUCTION RÉSUMÉE.

(1) Traduction avec celle du paragraphe précédent.

(2) Ceci n'est point tout à fait vrai.

(3) Position de Walcher.

nus corporis situs de quo antea dixi, prœtereundus est, quo, dum pectinis ossa versus thoracem moventur, nihil plane est. quo vel pectoris motio, quæ aer ducitur, vel abdominis musculorum actio in ventrem impediri queat, qua uterum premi conclusumque partum cogi oportet ut inde in lucem prodeat. Quæ autem de his corporis posituris. dicta sunt, quisque in se facile experiri potest earumque effectus percipere. »

Et de ces faits, il conclut (caput sext). « Nihilo tamen minus id certum manet in naturali partu utilissimam esse ut mulier sedeat, non quidem erecta, sed paululum reclinata....

« In hoc situ mulier primo aera liberrime ducere ac retinere, comprimere que uterum turgentum septo transverso potest; deinde ventrem musculis abdominis valide premere, et ita arctare valet. ut partus in pelvim compellatur atque externæ vi sedens, per vaginam nitatur exire ; porro quarta et quinta ex iis vertebris quæ in lumbis sunt, et quæ, si homo erectus es, intro exstant, retroversæ partu edendo cedunt ; denique partim propter hanc causam, partim, quod ossa pectinis aliquantum ad thoracem conversa sunt, recta magis via per totam pelvim est, maxime si manu submissa os coccygis retrocedere cogitur » (1).

Nous ne suivrons pas cet auteur dans l'éloge qu'il entreprend des diverses chaises inventées par les accoucheurs de son époque. Nous croyons facilement que leurs perfectionnements divers permettaient à la femme de faire valoir tous ses efforts et évitaient un grand nombre d'aides. Mais elles n'atteignaient probablement pas l'idéal, car Mottius (2) leur préférait les genoux d'un homme. Günz lui-même est obligé de reconnaître qu'elles inspirent la terreur et qu'elles sont un impedimenta pour le praticien ; mais,

(1) Il est certain que la femme dans l'accouchement naturel doit être assise un peu fléchie pour : 1° respirer librement ; 2° comprimer facilement l'utérus gravide par le septum transverse (diaphragme) ; 3° comprimer régulièrement l'abdomen par ses muscles, et ainsi chasser le fœtus par le vagin. De plus, les quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont plus en arrière que dans la station verticale et cèdent plus facilement, tandis que les os coxaux étant quelque peu tournés vers le thorax la voie pelvienne est plus droite surtout si on a repoussé le coccyx avec la main. — TRADUCTION RÉSUMÉE.

(2) *Réflexions sur l'obstétrique*, 122.

ajoute-t-il, si sur les genoux d'une femme le sacrum de la parturiente est moins comprimé c'est le soutien qui est fort mal et qui doit être changé souvent, ce qui devient fort onéreux.

Ce n'est pas les raisons qu'invoque Mlle Dufau (p. 32); mais elle insiste surtout sur la presque impossibilité de surveiller la marche de l'accouchement. C'est en effet, à notre avis, ce qui a fait renoncer aux postures assises pour passer aux attitudes couchées ; car l'argumentation de Günz semble assez juste et l'accoucheuse que nous venons de citer nous dit dans la même note que les multipares qu'elle obligeait à rester dans leur lit réclamaient toujours la position qu'elles avaient coutume de prendre, « comme favorisant leurs efforts ». Cependant, ajoute la même sage-femme, l'accouchement terminé elles manifestaient leur plaisir d'être immédiatement au repos.

*
* *

Les partisans des chaises ne purent jamais, nous l'avons vu dans l'historique, arriver à faire triompher leurs manières de voir auprès de tous leurs collègues. En Angleterre où cependant elles s'étaient généralisées, entendons le célèbre Burton d'York [1], à peu près à la même époque où écrit Günz, faire le procès de la situation assise. Certes la plupart des raisons qu'il invoque, peuvent nous paraître puériles; mais il est certain que les secours devaient être difficiles à apporter lorsque la nécessité en était urgente [2]. « Il est évident, nous dit le savant anglais, que si elle (la parturiente) est assise sur une sellette ou sur les genoux d'une autre

(1) *Essay towards a compleat systeme of Midiwif*, 1758. trad. Lemoine, Paris, 1771.

(2) Conf. *Essai sur les malad. des artisans*, traduit de Ramazzani par de Fourcroy, 1777. In *France méd.*, 25 juin 1906 : « L'usage d'accoucher dans le lit commence d'être d'usage dans notre pays et il mérite toutes sortes d'éloges puisque par son moyen on évitera beaucoup de désagréments. En effet, il arrive souvent que les accouchements ne sont pas de la plus grande facilité, qu'on est obligé avant que les femmes n'accouchent, de les porter de leur lit sur le fauteuil et du fauteuil sur leur lit, transport qui diminue beaucoup leur force et qui les expose à des hémorragies funestes dont elles peuvent mourir sur la chaise même qui leur a servi. »

femme, l'os coccyx repoussé dans l'intérieur du bassin ne pourra céder, qu'ainsi il rétrécira le passage et qu'en conséquence il retardera la sortie de l'enfant, que cette situation tend à augmenter dans la femme la disposition qu'elle peut avoir à une perte de sang ; qu'elle l'expose davantage à l'impression de l'air froid que si elle était couchée, impression qui a souvent eu des conséquences les plus funestes même après la plus heureuse délivrance ; enfin qu'elle contribue beaucoup à faire tomber la femme en faiblesse et en syncope après son accouchement pour peu qu'elle y soit déjà un peu disposée.... Je pourrais rapporter un grand nombre d'autres exemples pareils de femmes qui ont toutes été accouchées sur la sellette ou sur les genoux, dont les unes sont mortes parce qu'elles n'ont pas eu un secours assez prompt et dont les autres n'ont été sauvées qu'avec la plus grande peine quoiqu'elles aient été secourues fort à temps ; or on ne peut assigner aucune autre cause que l'impression de l'air qui en effet est bien suffisante pour produire de tels accidents ; or immédiatement après la sortie du fœtus et de l'arrière-faix, l'air froid extérieur s'élance dans la matrice. Qui ne voit pas les conséquences funestes qui doivent en résulter ? L'accoucheur s'aperçoit aussi des désavantages de cette mauvaise position car il n'est personne qui n'ait moins de forces pour tirer ou pousser lorsqu'il est placé soit au-dessus soit au-dessous que lorsqu'il est placé de côté. »

Cependant une posture plus ou moins assise, « à la manière des Hollandaises et des Flamandes parce qu'elle facilite la respiration », est recommandée chez les asthmatiques par certains auteurs (1).

(1) Lemoine, dans sa traduct. de Burton : « *Syst. nouv. et compl. de l'art des accouch.*, etc., Paris, 1771 ». — Cf. Deventer (cap. 25, p. 83) : « Les femmes faibles mal conformées, bossues, asthmatiques accouchent plus facilement assises que couchées », et il recommande cette position à moins que la situation de la matrice ou du fœtus ne la contre-indique.

Filhastre (Thèse Montpellier, 1876, p. 12) : « Cette position convient particulièrement aux femmes, mal conformées, hydropiques, bossues et à toutes celles qui ont la respiration difficile. »

CHAPITRE V

DÉCUBITUS DORSAL EN HYPERFLEXION

Dans les chapitres précédents, nous avons reconnu que l'hyperflexion paraissait offrir de grands avantages au moment de l'expulsion ; mais qu'utilisée en situation accroupie ou assise, elle présentait aussi de nombreuses imperfections. Nous avons vu de plus dans la première partie de cet ouvrage, que les accoucheurs avaient de plus en plus incliné les chaises qu'ils inventaient de manière à donner plus de repos à la parturiente et à faciliter la surveillance de l'accouchement. C'est qu'en effet, les interventions ne peuvent le plus souvent se faire que la femme étendue (1). Or avec l'avancement de la science obstétricale (2) l'on devint de plus en plus interventionniste et l'on voulut pour plus de facilité avoir déjà la femme couchée.

Ce fut aussi, au témoignage de Désormeaux (3), le manque de confortable qui fit abandonner les lits de misère faits de deux matelas, dont l'un replié en double suivant sa longueur (4) donnait à la femme une attitude mi-couchée, mi-assise. « Si le travail est long, dit cet auteur, que la femme veuille étendre ses membres inférieurs, se placer sur le côté pour se délasser de la fatigue que cause une attitude trop longtemps gardée ou se livrer au sommeil pendant quelque temps, elle est couchée bien mal commodément, je préfère faire disposer ce lit comme ceux dont on se sert

(1) Hippocrate prescrivait déjà de la renverser en arrière au travers du lit, les fesses sur l'extrême bord, joignant les talons par la flexion des genoux.

(2) Cf. Siebold, *Essai d'une histoire de l'obstétrique*, trad. F. J. Hergott.

(3) In *Dic. méd.*, par Adelon, Béclard, etc., 1821, Paris.

(4) Voir la description plus complète de la première partie, p. 39. Mauriceau et son école les avaient du reste depuis longtemps proscrits.

communément, etc... » La découverte de l'auscultation trancha définitivement la question, sauf pour quelques cas pathologiques.

*
* *

En période d'expulsion, la femme livrée à elle-même prend, d'après Varnier [1], instinctivement l'attitude de la figure ci-contre fig. 27). « Elle cherche à s'appuyer les reins, renversant en



Fig. 27

arrière le tronc et la tête. Elle accroche les mains aux barreaux du lit, s'arcboute des pieds et des mains contre les corps solides qu'elle rencontre et se roidit en poussant de toutes ses forces. »

Mais si les arguments que nous avons donnés dans le chapi-

(1) *Pratique des accouchements. Obs. journ.*, Paris, 1900.

tre IV sont justes, on doit se demander s'il n'y aurait pas alors avantage à donner un appui à la femme de manière à ce qu'elle reste entièrement fléchie au lieu de se cambrer en arrière.

C'est ce qu'a fait Jaks, qui relève en même temps le dos de la parturiente, et ses membres inférieurs. Il a fait construire pour cela un appareil dont il donne la description dans une note intitulée « Der Gebärmantel » (1).

Nous croyons devoir résumer (2) ce travail en entier pour nous servir en même temps de courte revue théorique de cette question de l'hyperflexion. « Le Gebärmantel (fig. 28) est, dit-il, un manteau de laine attaché au lit ; deux liens partant du col viennent passer sur des poulies fixées aux montants et tendues en-

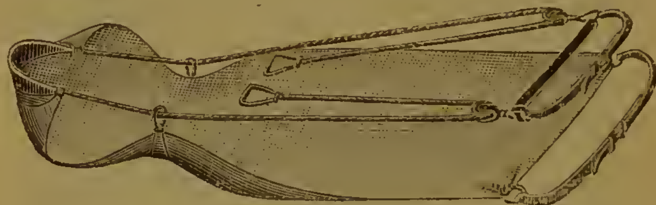


Fig. 28

suite par les mains ; ces liens, étant mobiles, sont réglés d'après la taille de la parturiente. Quand elle a des douleurs, elle appuie ses pieds sur un coussinet en tirant les liens ce qui la courbe en cyphose de la colonne vertébrale. Cette cyphose a une grande importance pour la pression intra-abdominale, car elle met en tension les muscles abdominaux et d'autre part, la configuration du bassin devient plus favorable à la sortie de l'enfant. Cet appareil donne des points d'appui à la parturiente pour le dos, pour la nuque et pour les lombes et ainsi les autres muscles, comme par exemple le psoas, aident à l'expulsion du fœtus ; l'action de ces muscles supplémentaires évite la fatigue de la parturiente. Si la position de Walcher (3) permet l'agrandissement du bassin, en éloignant la symphyse du promontoire, elle diminue les diamètres

(1) *Centralblatt f. Gün.*, Leipsig, 1900, p. 1229, n° 46.
(2) Résumé revu par le Dr Jaks.
(3) *Centralblatt f. Gün.*, 1899, p. 892.

du détroit inférieur, elle n'est donc pas bonne après l'engagement de la tête ; il faut changer la lordose en cyphose et les diamètres inférieurs s'agrandiront, la pointe du sacrum allant en arrière. Plus le promontoire est en avant, plus l'inclinaison du bassin diminue ; plus la symphyse se rapproche des côtes, plus la pointe du sacrum ira en arrière et les diamètres de la partie inférieure augmenteront. C'est pour ces raisons que je prétends que la cyphose est la posture idéale dès l'engagement effectué. Si les Anglais ont préconisé la position de côté, ils ont visé l'avantage de la situation cyphotique (rapprochement de la symphyse et des côtes, écartement en arrière du sacrum) ; mais ils n'ont pas compté avec la loi de la pesanteur.

« Les femmes pour diminuer la douleur pressent, en lordose, la tête sur les oreillers. Ceci arrête les progrès de l'expulsion, dimi-



Fig. 29

nue la pression abdominale et augmente l'inclinaison du bassin ; il ne faut donc jamais laisser les mains des parturientes derrière leur dos.

« Le troisième point n'a pas besoin d'être démontré, car il est clair que l'action des muscles supplémentaires est utile. »

Jaks conclut : « la femme se trouve bien de cette position et de mon appareil ».

Revenant sur la question dans les *Zeitschrift für Geburts-*

hülfe (1), le même auteur nous dit : « La position classique pour l'accouchement physiologique est telle que la parturiente fléchit les jambes, les écarte et les tourne en dehors, tandis qu'en même temps la colonne vertébrale se courbe en avant en cyphose et que les bras tirent sur une poignée (fig. 29). Si la parturiente persiste dans cette position pour ainsi dire accroupie, elle viendra à bout très vite de sa parturition. Cette position idéale, d'après mes vues,



Fig. 30

est favorisée par un vêtement spécial, le Gebärmantel, qui remplace avantageusement les liens autrefois employés. »

Mon maître, le docteur Lepage, depuis longtemps prescrit une technique (fig. 30) qui rappelle celle adoptée universellement pour toutes les interventions obstétricales ou chirurgicales par la voie vaginale.

Au moment où la femme commence à pousser, deux aides lui saisissent les pieds et ramènent les membres inférieurs en flexion complète ; une légère abduction amenée par une pression sur les

(1) Bd LIV, Heft 2, Leips. 1905.

genoux permet un écartement suffisant au niveau de la vulve ; la tête est soulevée par un traversin de grosseur ordinaire. La patiente prend facilement cette attitude [1].

(1) Le fait suivant s'est passé dans une maternité que je ne désignerai point, l'incident n'ayant pas été porté à la connaissance du chef et l'externe qui m'a communiqué l'observation inédite m'ayant prié de ne point le nommer. Je me contenterai de dire que son maître le tient en grande estime et que je puis me porter garant de sa véracité. Voici son récit : « J'ai vu, au mois de mai 1906, une secondipare qui étant à dilatation complète ne voulut jamais prendre la position habituelle au moment de l'expulsion (décubitus dorsal, cuisses et jambes fléchies, pieds reposant sur le pied du lit), elle avait fléchi au maximum ses cuisses sur son bassin et passant ses deux avant-bras sous ses jarrets contractant fortement tous ses muscles, elle était en hyperflexion la plus absolue. L'expulsion s'est faite d'une façon normale sans aucune lésion des parties molles et dans un temps relativement court. » La femme avait-elle déjà accouché suivant la méthode de mon maître Lepage et s'en était-elle mieux trouvée que de celle qu'on voulait lui imposer ? Etait-ce une simple impulsion instinctive ? Notre aimable collègue n'a pu nous le dire, ses souvenirs n'étant plus assez fidèles sur ce point.

CHAPITRE VI

POSTURE ANGLAISE

Nous venons de voir que d'après Jaks, la posture universellement employée en Angleterre était encore une attitude en flexion presque complète. Burton qui en est sinon l'inventeur, comme on l'a dit à tort, du moins son principal vulgarisateur nous indique ainsi (1) les avantages qu'il lui trouve : « On en évite la plus grande partie des inconvénients des situations assise ou debout) lorsqu'elle est couchée sur un lit ; car il est certain qu'elle sera alors moins exposée à tomber en faiblesse ou en syncope ou à être saisie par le froid ; parce que l'on peut tenir ses cuisses bien couvertes avec les couvertures du lit et d'un autre côté, l'accoucheur manœuvrera avec plus de facilité et en moins de temps surtout si la femme est couchée sur un côté car quand elle est sur le dos, le lit est enfoncé par son poids d'où l'accoucheur a plus de peine à tourner l'enfant dans la matrice surtout si il faut qu'il introduise sa main entre lui et l'os pubis parce que le lit est plus élevé à l'endroit où est son coude qu'à l'endroit où sont les fesses de la femme..... Et si la matrice par l'effet de la saillie trop considérable des vertèbres, des lombes, de l'os sacrum ou par quelque autre cause est poussée sur l'os pubis, l'accoucheur peut en pliant le coude non seulement porter un secours plus facile à la femme, mais encore employer plus de force s'il est nécessaire, la femme elle-même pourra changer de côté si la position de l'enfant l'exige afin qu'il soit retourné plus aisément dans la matrice comme je le ferai voir par la suite. Voici donc la situation où sera la femme en travail : elle sera couchée sur le côté ; le visage et le thorax incliné en devant ; ses genoux seront rappro-

(1) *Essay Tovards a compleat system of Midwif.*, trad. Lemoine, Paris, 1771.

chés de sa poitrine et on placera entre eux un oreiller chaud ; ses parties naturelles seront presque sur le bord du lit vers le milieu. Une personne doit se tenir à côté du lit afin que la femme appuie son pied contre elle. »

Ainsi que nous l'avons vu (p. 46 et 47) après avoir été un instant en vogue en France, elle fut vite abandonnée. Stolz [1] déclare que « cette mode, si on peut l'appeler ainsi, s'est introduite sur le continent » et que « elle mérite d'être encouragée ». « C'est encore une position fort convenable et très commode. Quand une femme en travail a été couchée quelque temps sur le côté, elle tient généralement à conserver cette position. » Mais Depaul qui a dû l'accepter pour quelques Anglaises, à la même époque, la trouve [2] incommode et moins propre à favoriser les efforts. Il tient probablement en moins haute estime que Verrier (*loc. cit.*) la science britannique, car si celui-ci pense que « le schoking d'outre-Manche ne trouverait pas grâce devant eux (les médecins anglais) s'ils n'avaient reconnu au décubitus latéral de réels avantages » ; Depaul suppose simplement qu'elle est la conséquence de certaines habitudes anglaises et de l'exagération du sentiment de pudeur que les femmes de ce pays portent si loin en toute chose [3]. Quoique à côté de l'avis de cet éminent auteur et de Paul Dubois [4], notre opinion soit peu de chose, nous avouons que dans un cas personnel, il nous a paru que les soins nécessités par une parturition normale étaient moins faciles à rendre à la parturiente ; ayant à la sonder, il nous fallut la faire placer sur le dos pour faire pénétrer le cathéter dans la vessie. Mais il n'y a peut-être là qu'une gaucherie due à un manque d'habitude car le docteur Eden [5] déclare : « Nous ne prétendons point qu'il soit supérieur au décubitus dorsal, mais

(1) In *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.* (Jaccoud), t. I, 1864, p. 274 sq.
(2) In *Dict. encycl. des sc. méd.* (Dechambre), 1864.
(3) P. 413, *loc. cit.*
(4) Pajot, In Discus. à la Soc. obs. et gyn. de Paris, 1885 (Cf. *Bull. de la Soc.*, p. 159) : « Paul Dubois, absolument au courant de la pratique anglaise, préférait de beaucoup la position adoptée en France. »
(5) Lettre inédite au docteur Lepage.

en maintes occasions il est également commode..... Pour les opérations qui nécessitent l'anesthésie on a besoin de moins d'aides que dans l'attitude dorsale (ex. : forceps, version). » Et Filhastre ([1]) trouve, contrairement à notre sentiment, qu'il est plus facile « dans le décubitus sur le côté à la mode anglaise » de toucher la femme. Il considère de plus que cette attitude « a ceci d'avantageux..... que le coccyx n'est pas comprimé, que la malade se fatigue moins, conserve toute sa chaleur et ne voit pas ce qui se passe dans la chambre. S'il arrivait que les pieds de l'enfant soient du côté du ventre de la mère, on aurait moins de peine à les trouver et à les diriger en lui faisant prendre cette position ; on s'en servirait encore utilement dans les déviations latérales de la matrice en faisant coucher les femmes sur le côté opposé à l'obliquité. Mais elle ne conviendrait plus si le travail devenait lent et ennuyeux ».

Voici maintenant l'opinion de Verrier (*loc. cit.*) : Le haut du tronc forme avec les membres inférieurs un angle saillant en dehors au niveau du bassin et les plans et axes de celui-ci se rapprochent de ceux de la position inclinée en arrière sous un angle de 45°, position que nous avons reconnue favorable à l'engagement comme à l'expulsion du fœtus.

Pour Schrœder ([2]) on n'a dans cette attitude que 3,76 0/0 de déchirures du périnée chez les primipares contre 25 0/0 en décubitus dorsal.

Verrier ajoute qu'en Amérique, les Yankees proprement dites prennent le décubitus horizontal d'abord puis latéral ensuite, tandis qu'en Allemagne les accoucheurs savants ne donnent le décubitus latéral qu'au moment où la tête chez les primipares est sur le point d'arriver au détroit inférieur. Nous avons vu dans la première partie que cette coutume qui existe aussi chez les Malgaches (Thèse de Ranaivo, Paris, 1902), s'étendait à toute l'Europe centrale et était même admise en France par l'école de Lyon. Charpentier prétend que cette attitude permet une surveil-

(1) Thèse Montpellier, 1816.
(2) *Manuel d'accouchements*, trad. Charpentier, Paris, 1875.

lance beaucoup plus exacte du périnée [1] et Charles dans son « Cours d'accouchements » [2] nous dit : « On a soin d'élever le bassin au moyen d'un coussin ; la patiente est sur son côté gauche, le siège au bord du lit, les cuisses modérément fléchies, les genoux écartés par un oreiller. Cette attitude a deux avantages sérieux : le premier est de rendre le périnée très visible, par conséquent de permettre une surveillance plus efficace ; le deuxième d'empêcher un écartement trop considérable des membres inférieurs, et par suite la tension des parties génitales. Mais en prenant les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir les mêmes résultats dans le décubitus dorsal. »

En empêchant la tête de l'enfant de sortir trop brusquement, on a des moyennes bien supérieures à celles obtenues par la méthode classique de soutenir le périnée. Une statistique relevée à la Clinique Baudelocque et portant sur les six premiers mois de l'année 1906 [3] est, malgré cela, moins bonne que celle de Schrœder.

Janvier

79 primipares : 8 déchirures légères et 6 ayant nécessité une suture, soit 14 lésions.

Février

74 primipares : 0 déchirure légère et 2 ayant nécessité une suture, soit 2 lésions.

Mars

90 primipares : 2 déchirures légères et 1 ayant nécessité une suture, soit 3 lésions.

Avril

69 primipares : 1 déchirure légère et 1 ayant nécessité une suture, soit 2 lésions.

Mai

71 primipares : 0 déchirure légère et 4 ayant nécessité une suture, soit 4 lésions.

(1) *Traité des accouchements*, Paris, 1889, p. 501.
(2) 4e édit., Paris-Liège, 1903, p. 422.
(3) Durant cette période de 6 mois, si l'on ôte les avortements, les accouchements en ville, opérations, etc., on trouve 981 observations à retenir (sur 1104) avec 30 lésions périnéales, d'où pas une seule lésion chez les multipares.

Juin

58 primipares : 1 déchirure légère et 1 ayant nécessité une suture, soit 5 lésions.

Totaux

441 primipares : 12 déchirures légères et 18 ayant nécessité une suture, soit 30 lésions.

La proportion serait donc de 6,80 0/0 de lésions périnéales ou si l'on ne tient compte que de celles ayant nécessité une suture 4,08 0/0, chiffre encore supérieur à celui de Schrœder qui est de 3,76 0/0.

N'y a-t-il là qu'une différence fortuite due à des motifs extrinsèques? Pour le savoir, il serait nécessaire pendant un temps assez long de comparer les deux procédés en se servant du même personnel.

*
* *

Quelles seraient les raisons de cette supériorité du décubitus latéral?

Nous ne croyons pas, comme Lahs ([1]), que la posture anglaise retarde l'accouchement; nous ne pensons pas, avec Legros ([2]), que l'utérus y est pour ainsi dire le seul agent de l'expulsion; le raisonnement (V. ci-dessus) et l'expérience nous ayant prouvé au contraire que l'action des muscles volontaires y était, comme dans toutes les positions en flexion, plutôt favorisée. Mais ainsi que le dit très bien ce dernier auteur (Legros, *loc. cit.*), « le rapprochement des cuisses quand la tête est à la vulve facilite la locomotion des tissus périnéaux »; plus, pouvons-nous ajouter, que dans toute autre situation, celle à quatre pattes exceptée.

Ce même accoucheur ([3]) conseille cette attitude dans l'obliquité latérale de l'utérus, dans le cas de contractions abdominales « immodérées », dans l'imminence de l'accouchement prématuré.

Il pense qu'il permet mieux la conservation des eaux en cas de

(1) *Theorie der Geburt.*, Berlin, 1877.
(2) Lettres obst., *Gaz. des Hôp.*, p. 291, 21 juin 1864.
(3) Legros, *loc. cit.*, p. 298.

rupture prématurée des membranes, qu'il facilite l'expulsion des mucosités à la période des ronchus de l'éclampsie et qu'il prévient les conséquences de l'effort dans les maladies du cœur. On peut du reste en augmenter l'efficacité, dit-il, en soulevant le bassin avec des oreillers.

La question du lit trop doux ne se pose plus comme autrefois où à certains endroits les matelas étant presque inconnus, les femmes étaient littéralement enfoncées dans la plume ; il est facile de remédier à un lit mal fait en suivant le conseil de Pajot qui (1) indique d'introduire une planche quelconque ou une rallonge de table sous le premier matelas ; ou plutôt en mettant comme cela se fait actuellement un drap plié en accordéon sous le siège de la femme. Notons pourtant les avis de Charles (*loc. cit.*) qui pourront rendre service à l'occasion : « nous le recommandons spécialement lorsque le lit est trop bas, trop mou ; le siège élevé ; lorsque la femme est indocile ; se déjette constamment, écarte les jambes outre mesure et lutte contre les aides chargés de la maintenir. Dans ces conditions, on obtient difficilement de bons résultats dans le décubitus dorsal, il vaut mieux faire coucher la patiente sur le côté gauche pendant la période d'expulsion ».

*
* *

Enfin signalons que Stein, qui dans les cas de version difficile conseille l'attitude sur les genoux et les coudes, dit dans son *Art des Accouchements* (2) : « Enfin pour les femmes qui sont faibles, une bonne position latérale peut être plus favorable toutes les fois qu'on est obligé de retourner le fœtus qu'une position en avant sur les mains et sur les pieds, tant dans le cas d'obliquité latérale que dans celui d'obliquité antérieure ; seulement dans ce cas, il faut toucher la femme de côté et pour cela l'accoucheur doit être tantôt devant, tantôt derrière la parturiente. »

(1) Discussion à la Société obstétricale et gyn. (*Bull.*, Paris, 1885, p. 158), justement sur le sujet qui nous occupe.

(2) Trad. Briot, t. II, Paris, an XII, 1804.

Et Pajot (1) préconise aussi la posture anglaise lorsque les pieds du fœtus sont en avant : « Cependant il est des circonstances dans lesquelles le décubitus latéral présente des avantages considérables, dans certains cas de version par exemple. » « Dans le décubitus dorsal, le dos de la main se trouvant arrêté ainsi que le poignet par le bord inférieur de la symphyse, il faudrait pour que la manœuvre pût s'exécuter librement, que l'accoucheur eût une articulation supplémentaire au-dessus du poignet. Au contraire, dans le décubitus latéral, trajet pour ainsi dire direct. » « Dans certains cas il est même insuffisant et il faut avoir recours à la situation genu-pectorale. »

(1) Discussion à la Société obst., etc., *Bull.* cité.

CHAPITRE VII

SUR LES GENOUX ET LES COUDES

Pour terminer l'étude des attitudes en flexion plus ou moins complète, citons l'opinion de plusieurs accoucheurs au sujet des avantages de la position sur les genoux et les coudes. Rappelons tout d'abord, que les Irlandaises prétendent par son emploi diminuer la violence de leurs douleurs et supprimer les crampes ([1]). Est-ce par suite d'un engourdissement dû à la gêne que cette attitude peu confortable doit apporter (comparez à l'effort musculaire produit par la contraction violente des mâchoires, contraction prescrite lors de petites interventions douloureuses)? Est-ce à cause de l'étourdissement dû à l'afflux du sang au cerveau? Ou bien est-ce une simple auto-suggestion? Nous ne pouvons nous prononcer.

Soranus d'Ephèse la prescrit « si la difficulté provient de l'excavation des lombes.....pour que l'utérus se dirigeant vers l'hypogastre, prenne une position meilleure; on mettra dans la même posture les femmes grasses et charnues ». Sans en donner de raisons, Eucharius Rhodion ([2]) l'ordonne lorsque la patiente a des ulcères vaginaux (?)

Giffard ([3]) trouve qu'elle convient souvent « parce que les parties secrètes, moins comprimées, cèdent plus facilement »; ce qui, par conséquent, serait un avantage dans les cas d'œdème par compression. Van Hoorn ([4]) la considère comme bonne dans tous les accouchements contre nature et l'on sait combien les accoucheurs de cette époque en désignaient comme tels.

(1) Legros, *loc. cit.*, p. 291 et suiv.
(2) *Schwangerer Frauen Rosen Garten*, cap. 4.
(3) *Cases of Midwifery*, p. 229.
(4) Obs. XIX.

Günz (*loc. cit.*, cap. VII, p. 182 et suiv.) à la suite de Mauriceau [1], de Chapmann [2], de Giffard [3] recommande une position analogue lorsque de l'utérus « fundus super ossa pubis propendet » [4] et que « os uteri a capite infanti contra os sacrum apprimitur. Cujus rei cum hanc causam et rationem allegant, pedes infantis, qui, manu immissa, conquiri debeant et qui vel ideo difficillime in quocumque situ prehendantur, quia manus brachiumque in augusta illa flexuosaque via ita, ut stupida fiant, comprimantur ; cum fundo uteri super ossa pubis pendere adeoque manu supina immissa minus contingi posse, contra si manus prona demittatur, quod in prono mulieris situ fiat, et conquiri pedes et attrahi posse ; in hac re, omnes Medici Anglos sequi.... debent.... Nam manus quæ supina immititur quo magis flectitur, atque etiam vi adhibita, per flexuosam illam viam intraditur, ut pedes prehendere valeat, eo magis a prominente osse sacro premitur, ac retinetur, ut sive certissima oris uteri ruptura, ad pedes

(1) *Observ. sur la grossesse et l'accouchement des femmes*, obs. 18 et 391.

(2) *Essay of Midwifery*, cas. V, p. 57 et VI, p. 58.

(3) *Case in Midwifery*, 130, p. 390.

(4) Lorsque le fond (de l'utérus) appuie sur les pubis (et que) l'ouverture de l'utérus est pressée contre le sacrum par la tête de l'enfant, on conseille cette posture pour chercher ses pieds ce qui est très difficile dans toutes les situations (la main et le bras dans cette voie étroite et sinueuse étant comprimés jusqu'à l'engourdissement) parce que quand on introduit la main en supination dans un utérus en antéversion, on peut moins bien saisir les pieds que si on la glisse en pronation chez une femme courbée en avant (*prono situ*). C'est l'opinion à suivre de tous les médecins anglais... Car bien que fléchie au maximum et poussée avec force par cette voie sinueuse, la main en supination est comprimée et retenue par la proéminence du sacrum, et quoique la dilatation du col (ou la rupture de la poche des eaux) (?) soit certaine, elle ne peut parvenir aux pieds. En pronation, au contraire, elle suit la courbure du sacrum ; elle peut facilement être étendue avec tout le bras et arriver plus haut ; le col de l'utérus est plus sûrement et facilement éloigné du sacrum et des vertèbres procidentes ; le fœtus peut ainsi être extrait.... Une fois l'utérus remis en position, le fœtus suit facilement la main qui l'attire ; cependant si les forces maternelles sont presque épuisées ou si la tête est quelque peu grosse, on ne doit pas continuer en cette attitude : mais dès que l'enfant est sorti jusqu'aux fesses et que l'utérus est replacé, on doit coucher la parturiente sur le dos (*supinam*) pour terminer l'accouchement.

pervenire non possit. Contra quæ prona sub osse sacro demittitur et facilius cum toto brachio extendi altius que immiti et os uteri citius facilius que ab osse sacro, et lumborum vertebris quibus insidet, dimoveri adeoque partus attrahi potest.... Atque dum uterus sic recte componitur, partus facilius manum trahentem sequitur qui tamen, nisi fere integræ mulieris vires sunt, aut ipse caput admodum magnum habet, in eodem prono mulieres situ prorsus educi non debet, sed postquam usque ad nates extractus uterusque repositus est, præstat parturientem supinam collocare partumque perficere ».

Il ajoute encore (§ 3) que dans tous les cas où on n'a pu pénétrer dans l'utérus, même si suivant le précepte de Deventer ([1]) on a fait « mulierem supinam, sed coxis excitatis, demissoque capite collocare ; hinc capite fœtus feliciter in pelvim adducto, eam sic jubet in sella statuere ut paululum reclinata sedeat, qui est optimus parientium situs in partu naturali. Eaque sunt etiam, quando infans latere capitis vel temporibus instat, ab obstetrice observanda. Præterquam, quod in hoc casu aliquando satius est, mulierem in alterutrum latus inclinare, in illo si quidem infans pronus sed facie deorsum conversus prodeat, eam pronam figurare sive in strato sive, quod præstabilius est, in lecto transverso » ([2]).

On l'employait aussi pour les obèses qui ont, paraît-il, beaucoup tourmenté la science de nos ancêtres. En voici la raison d'après le même auteur ([3]) : « In obesis quibus venter prominet

(1) In cap. XXXVII.

(2) « Placer la femme sur le dos ; mais les hanches élevées et la tête basse pour que la tête du fœtus soit conduite heureusement dans l'excavation et si ainsi qu'il l'ordonne, on a aussitôt mis dans une chaise la parturiente un peu couchée (ce qui est la meilleure attitude dans le part naturel) ; l'accoucheur doit observer quand l'enfant se présente par les côtés de la tête ou par les tempes, qu'il est plus sage d'incliner la femme sur l'un ou l'autre côté ; et que si courbé le fœtus se présente par la face, il faut mettre la mère couchée en avant (sur les genoux et les coudes) soit sur un tapis, soit ce qui est préférable en travers de son lit. »

(3) « Pour les obèses dont le ventre proémine et qui ont une lordose, l'uté-

et quæ proinde spinam intro conversam habent, uterus hunc spinæ flexum sequitur et os suum ossibus pubis obvertit, a quibus prono mulieris situ ad dimoveri posse, ostensum est. »

Stein l'estime, nous l'avons vu, utile dans certains cas de version difficile. Voici la traduction du passage où il en parle [1].

« 157. — Lorsque la matrice est inclinée obliquement en arrière par son fond, ce qui a lieu plus rarement, il faut que le corps de la femme soit penché en avant; alors on la met sur les pieds et sur les mains.

158. — Cette position qui pourra paraître extraordinaire à plusieurs praticiens, peut quelquefois être très avantageuse et favoriser beaucoup la recherche des pieds, même dans le cas où le ventre se porte trop en devant ou lorsque le fœtus a le visage tourné en devant sous les os du pubis.

159.— Dans la position de la femme sur les mains et sur les genoux qui réussit parfaitement non seulement dans quelques mauvaises situations de la tête, mais même dans certains cas où le fond de la matrice tombe en devant et lorsqu'il faut retourner le fœtus (paragraphe précédent), il est bon d'avertir qu'il faut toujours toucher la femme par derrière tant que les circonstances exigent de lui faire garder cette position. »

Ce serait du reste Deventer qui aurait le premier conseillé ce procédé, si nous en croyons Filhastre [2], « dans le cas où l'on doit terminer l'accouchement par les pieds et que ceux-ci sont placés un peu haut. Alors on fait appuyer la femme sur les genoux et les coudes, selon la méthode de Deventer. Par ce moyen on diminue en partie la forte résistance qui vient de la pression de la matrice et du poids de l'enfant, de sorte qu'on a moins de peine pour trouver et dégager les pieds ; mais lorsqu'on y est parvenu, il est plus sûr pour l'enfant plus aussi pour l'opérateur, plus commode pour la mère de la faire retourner sur le dos avant que de procéder plus avant à l'extraction du corps et de la tête ».

rus suit la courbure vertébrale et le col se tourne vers les pubis. Or on a montré que l'attitude sur les genoux et les coudes pouvait y remédier. »

(1) In *L'Art d'accoucher* de Stein, trad. de Briot.

(2) Thèse Montpellier, 1816.

Mais quoique Pajot (Cf. discussion in *Bull. et Mém. Soc. obst.*, etc., Paris, 1885, p. 156 et *Gaz. des hôp.*, n° 34, 22 mars 1864, p. 133) l'ait quelquefois préconisée, on n'utilisait plus guère dans la seconde partie du siècle dernier cette manière de pénétrer dans l'utérus. Cependant dans la *Gazette des hôpitaux* (1), Lesure nous dit : « Les accoucheurs français recommandent en général pour pratiquer la version de placer la femme dans l'attitude d'un malade qui subit l'opération de la taille sous-pubienne. En Angleterre, on couche la femme sur le côté et en Irlande la malade s'accroupit sur les genoux et les coudes : « Sic usus, quem penes est faciendi modus ». Ma pratique particulière, depuis vingt ans me fait regretter que cette position en usage en Irlande, si préconisée cependant par quelques-uns de nos maîtres ne soit pas mise à l'essai plus souvent parmi nous, dans les versions d'une difficulté extrême. Ce procédé m'a été enseigné par M. Cambrelin (de Namur). Plusieurs fois par ce simple moyen, j'ai réussi dans des cas désespérés et il y a quelques jours encore, en présence de M. Moquart et d'une sage-femme très habile, j'ai pu faire une version d'une difficulté presque insurmontable. »

Actuellement il est, croyons-nous, complètement inusité, soit que le chloroforme facilite l'intervention, soit que sages-femmes et accoucheurs dépistant plus tôt l'indication d'aller chercher les pieds du fœtus trouvent un utérus plus souple et non tétanisé par l'ergot. Pour les traités d'obstétrique actuels, dans les cas les moins favorables, si on « ne brusque pas la version » (2), on peut toujours accrocher un genou et l'abaissant, arriver à un pied (3).

(1) Page 92, 25 février 1864, n° 23.

(2) Cf. Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obst.*, 6e édit., 1904, p. 1069.

(3) Citons à titre documentaire et pour ne point revenir sur cette question le passage suivant de Cazeaux : « Un toucher plus exact lui (Pleesman) fait sentir quatre extrémités inférieures sorties jusqu'au jarret et un bras. Il est alors dans une grande perplexité : 1° parce qu'il ne trouve aucune possibilité d'introduire sa main dans la matrice pour aller chercher et distinguer les deux pieds de chaque enfant ; 2° parce que tous ses efforts sont inutiles pour faire rentrer même une des extrémités. . . 3° fort embarrassé et pressé d'agir, il lui vient dans l'idée de se servir d'un moyen appliqué à la réduction des hernies et des rétroversions utérines. Il fait suspendre la femme

*
* *

L'attitude sur les genoux et les coudes n'a donc plus qu'un intérêt historique ([1]) quoique Schröder ait tenté vers 1880 de la ressusciter. Voici les raisons que d'après Penard ([2]) il invoquait en sa faveur : « Schröder prétend qu'en faisant prendre à la femme, au moment où les douleurs deviennent *concassantes*, la posture accroupie sur les genoux, on lui évite presque sûrement toute déchirure du périnée parce que, dit-il, la tête fœtale se place plus facilement sous l'arcade pubienne par son propre poids et ainsi que Alt, il apporterait des observations à l'appui. Il serait même inutile dans cette posture, ajoute Schröder, de s'occuper de soutenir le périnée puisqu'il se dilate alors que de juste ce qu'il faut pour la sortie de la tête. » Mais leur statistique fut loin d'être excellente ([3]). D'après Alt, chez les primipares, le frein resta intact dans 50 0/0 des cas et il n'y eut de déchirures de périnée que dans 25 0/0.

Mais, paraît-il ([4]), les femmes se soumettaient très difficilement à employer cette posture, aussi avons-nous vu Schröder l'abandonner pour la position anglaise où il n'eut plus de lésions périnéales que dans 3,76 0/0 des cas.

Pour être complet, notons cependant que Legros ([5]) la con-

par les jarrets, la tête et les épaules restant seules appuyées sur le lit et il essaye alors de repousser, avec les doigts, dans la matrice, une ou plusieurs des extrémités sorties ; mais déjà deux étaient rentrées par le fait seul de la position donnée à la mère et les trois autres sous l'action de la main qui les pousse ne tardent pas à rentrer aussi. Aussitôt il peut introduire la main dans l'utérus et retirer successivement trois enfants par la version podalique ».

(1) On trouvera à son sujet dans la bibliographie l'indication de nombreux articles ou ouvrages qui lui sont spécialement consacrés. Dans la 1re partie du 19e siècle en Belgique principalement, elle a été l'objet de plusieurs études.

(2) *Guide pratique de l'accoucheur*, etc. Paris, 1883, p. 255.

(3) Quoique préférable, paraît-il, à celle qu'ils obtenaient en décubitus dorsal (!!).

(4) Charpentier, *Traité des accouch.*, Paris, 1889.

(5) Lettres obst., *Gaz. des hôp.*, p. 298, 28 juin 1864.

seille dans les douleurs de reins ou dans les crampes qui ne peuvent être soulagées autrement, ainsi que dans les obliquités postérieures de la matrice. — Levret, au témoignage du même auteur, l'employa avec succès pour faire rentrer une hernie de la cloison recto-vaginale et l'utilisait (imité en cela par Desormeaux) avant de dégager avec la main les épaules enclavées.

CHAPITRE VIII

DÉCUBITUS HORIZONTAL

Entre les attitudes en flexion et en extension, en cyphose ou en lordose, dirait Jaks, il y a place pour ce que nous nommerons les postures moyennes. On peut les diviser en deux classes suivant que la femme est dans une situation horizontale ou verticale.

Au moyen âge, les théoriciens de l'accouchement n'admettaient point le décubitus dorsal. Ils préféraient, pour les raisons que nous avons vu, faire asseoir leurs clientes. Et l'on comprend par le tableau suivant (1) que ceux qui voulurent l'employer durent faire aménager un lit spécial dit de misère supprimant la plupart de ces inconvénients : « Quel est en effet l'accoucheur qui, pratiquant à la campagne, ne s'est trouvé souvent embarrassé pour donner une situation convenable à de malheureuses femmes, manquant de tout ce qui pouvait leur être nécessaire et consumant inutilement le peu de forces que leur laissent encore les douleurs et la misère ? Quelquefois dans des accouchements contre nature, qui exigent une situation particulière qu'on ne peut leur donner sur leur mauvais lit, *le plus souvent de plumes,* dans lequel elles s'enfoncent, on est obligé de les placer sur une table afin de rendre moins défectueuse cette opération. On a en outre à combattre chez ces infortunées le grand inconvénient de mouiller leur lit, de le salir de sang, souvent même de matières stercorales, inconvénients d'autant plus grands, surtout l'hiver, que les pauvres gens manquent de moyens pour se changer et que l'accouchée est obligée de rester dans cet état déplorable. Qu'on ajoute à cela que ces lits étant généralement

(1) Filhastre, Thèse Montpellier, 1816.

très bas et peu solides, l'accoucheur est obligé de rester dans une position pénible et très fatigante pendant tout le temps que dure l'accouchement. »

Mais même lorsqu'on se servait du lit, on faisait élever le dos de la femme « afin qu'elle puisse mieux respirer et avoir force de mettre l'enfant hors » [1]. On comprend parfaitement que dans ces conditions-là les praticiens préférassent les « *chaires propres à cela* » [2].

Stein dans son *Anleitung zùr Gebùrtshülfe*, le premier parmi les partisans des chaises, revient à une position complètement horizontale. Voici son texte, d'après la traduction Briot :

« 640. — La meilleure position que l'on puisse donner à une femme dans le quatrième temps de l'accouchement est de la mettre de manière qu'elle soit moitié couchée moitié assise, ou dans une chaise à accoucher ou dans un lit et d'attendre ainsi la descente de la tête dans les parties de la mère jusqu'à ce qu'elle y opère les changements dont nous avons déjà parlé (§ 618).

« 641. — Lorsque ces changements arrivent aux parties de la mère et à la tête de l'enfant le lit doit être de plus en plus abaissé vers le dos pour l'accouchement.

« 642. — Enfin aussitôt que s'approche le quatrième et dernier temps de l'accouchement la femme doit avoir le dos encore plus abaissé de manière que vers la fin, elle soit dans une position pour ainsi dire horizontale. Cette position favorise les accouchements et prévient les lésions des parties de la mère.

« 643. — Puisque la ligne diagonale du parallélogramme imaginaire que décrit le diaphragme avec les muscles abdominaux (§ 74) forme l'axe même de la matrice, du fœtus et du bassin (§ 80) et que les douleurs agissent toujours dans la direction de cette ligne ; il en résulte que le fœtus a la tête vers l'anus (§ 626) ; cependant l'axe du vagin fait un angle très remarquable (§ 81) avec l'axe de ces parties ; on voit par là combien est avantageuse une position de la mère, qui diminue ou rend plus obtus l'angle sous

(1) Ambroise Paré, dans ses *Œuvres*, 1534.
(2) *Ibid.*

lequel le vagin s'unit à l'axe de la matrice, combien, dis-je, cette position favorise l'accouchement et contribue à garantir les parties de la mère.

« 644. — A mesure que l'on abaisse le dos de la femme qui accouche, l'extrémité supérieure de l'axe de la matrice s'approche de la ligne centrale du corps et son extrémité inférieure s'en éloigne toujours davantage ; par là l'angle que fait la matrice avec le vagin devient plus obtus, ce qui fait que la tête est portée plus près de sa sortie et contribue à faciliter l'accouchement. »

Malgré cela Desormeaux [1] prescrit toujours une attitude semblable à celle qu'indique Ambroise Paré [2] : « Non tout à fait à la renverse ou assise ; mais aucunement le dos élevé afin qu'elle puisse mieux respirer et avoir force à mettre enfant hors. Davantage faut qu'elle ait les jambes courbées et les talons vers les fesses et les cuisses escartés l'un (*sic*) de l'autre etc. »

Cependant à la même époque (1821), Burgevin dans sa thèse inaugurale indique avec une raison assez bizarre la posture suivante : « Le lit ainsi disposé la femme y sera placée sur le dos, les fesses portant à faux, la tête et les épaules élevées par des coussins, les membres abdominaux demi-fléchis et les genoux médiocrement écartés. Cette position a le double avantage de mettre la vulve a découvert et d'opérer le relâchement des muscles psoas et iliaques qui, sans cela, resserreraient le détroit supérieur du bassin » [3].

C'est, on le voit, quoique l'extension y soit plus complète, une situation assez analogue à celle qui était prise soit sur les chaises dites modernes, suivant le conseil de Deventer, soit sur les lits de misère avec matelas redoublé soutenu par une chaise, suivant Baudelocque [4].

Elle a encore des défenseurs. « Ce serait pour Engelmann la position la plus favorable. Je (Verrier, *loc. cit.*) ne suis pas loin

(1) In. *Dict. de méd.*, par ADELON, BÉCLARD, etc. Paris, 1821.

(2) *Œuvres*, 1564.

(3) BURGEVIN, *Considération générale sur les soins que réclame l'état de la femme pendant et après l'accouchement naturel.* Thèse Paris, 1821.

(4) Voir première partie, p. 39.

d'être de l'avis de l'accoucheur américain ; j'ai même pratiqué un certain nombre d'accouchements dans cette position et j'ai trouvé que la direction des plans était favorable à l'expulsion, tout en laissant à la femme la possibilité de se reposer d'un peu de ses fatigues dans l'intervalle de ses douleurs. »

Mais dès la seconde moitié du XIXe siècle, les partisans de Mauriceau ont presque complètement triomphé. Le lit de misère est à peu près inconnu ; c'est sur sa couche conjugale qu'on place la parturiente « la tête soutenue à peine par un traversin ou un oreiller, les jambes allongées ou simplement fléchies ou écartées au moment de l'expulsion ». Verrier que je cite ici trouve que l'on a été trop loin, car « la sortie de l'enfant n'est point sollicitée par l'effet de la pesanteur et la direction des plans et des axes n'est pas non plus favorable à l'expulsion ». Tarnier — à la suite du reste de nombreux accoucheurs — enseignait même, pour faciliter la surveillance du périnée et l'extraction de l'enfant, de placer un coussin ou un drap plié sous le siège de la femme [1] et Verrier [2] le lui reprochait, écrivant : « Dans cette situation nouvelle, le plan du détroit supérieur au lieu d'être horizontal comme le veut Aubenas, regarde en haut et en arrière et l'axe du détroit inférieur au lieu de s'incliner d'arrière en avant, se dirige presque directement en avant et d'autant plus haut que le coussin placé sous le siège aura été plus élevé. Il résulte de cette intervention de la dernière heure, que l'accouchement retardé déjà par la situation horizontale se trouve prolongé encore par la nouvelle courbure imprimée à l'axe de l'excavation et que le périnée doit se distendre davantage pour laisser passer la tête et le tronc du fœtus. »

(1) Bailly ne se plaignait-il pas (*Bull. de la Soc. obstétricale*, p. 157, Paris, 1885), que « l'extraction des épaules dans l'accouchement naturel si elles ne se dégagent point seules, devient impossible lorsque la femme est dans le décubitus dorsal ». On aurait pu lui citer l'exemple de l'accoucheur du XVIIe siècle, de la Motte, qui — au lieu de transformer le lit en un plan résistant comme le conseillait Pajot dans sa réponse à Bailly — creusait un « enfoncement ou espèce de tranchée sous l'anus afin que rien n'embarrasse l'enfant au passage ».

(2) *Bull. et mém. Soc. obstétricale,* Paris, 1885.

Malgré ces critiques, c'est pourtant l'opinion de Tarnier qui a prévalu aussi bien en France qu'en Allemagne, et voici comment s'exprime Charles en son cours à la maternité de Liège [1] : « Pendant l'expulsion la femme est sur le lit de travail couchée sur le dos, la tête appuyée sur un coussin, le siège soulevé par un sac de son, le coccyx portant à faux de façon à pouvoir être refoulé en arrière au moment où la tête traverse le détroit inférieur ; en dehors des contractions, les jambes peuvent être étendues. Dans les douleurs les mains empoignent les matelas ou les serviettes attachées au lit ou encore les épaules du mari ou d'un aide complaisant ; les cuisses sont légèrement écartées et modérément fléchies sur le bassin ; les jambes sont aussi semi-fléchies et les pieds prennent un point d'appui sur la paillasse ; l'accoucheur soutient avec ses mains les genoux de la femme et veille à ce qu'ils ne soient point trop écartés l'un de l'autre. La patiente peut ainsi pousser énergiquement comme si elle « allait à la selle »... (p. 418). « Lorsque le sommet est à la vulve la femme doit se trouver dans le décubitus dorsal la tête presque au niveau du tronc ; on enlève un coussin si c'est nécessaire ; le siège doit au contraire être bien relevé au moyen d'un sac de son ou de deux draps de lit non dépliés, le périnée doit être bien visible et le coccyx se trouver à faux. Les membres inférieurs sont fléchis légèrement et les genoux modérément écartés. Souvent les femmes ont de la tendance à éloigner fortement les jambes l'une de l'autre, ce qui a pour résultat de tendre les tissus vulvaires qui doivent être relâchés ; c'est pourquoi il est prudent de faire maintenir par un aide les genoux à une distance convenable. »

*
* *

Jusqu'à présent nous n'avons considéré que le moment de l'expulsion, mais et c'est là le grand avantage des situations horizontales, elles peuvent être gardées pendant presque tout le cours du travail sans fatiguer la parturiente. C'est pourquoi leurs plus

(1) 4e éd., Paris-Liège, 1903, p. 414.

grands adversaires étaient obligés de reconnaître leur nécessité dans les cas suivants :

Faiblesse des femmes dont la matrice reste bientôt dans l'inaction (Filhastre), hémorragies, chutes de matrices (*id.*) ; tous les accouchements non naturels (Günz) [1] ; lorsque l'enfant amène au passage le cou de la matrice avant sa tête (James) [2] ; lorsque le ventre tombe beaucoup en devant, dispositions aux convulsions (Stein) [3]. Ajoutons-y l'énumération de Legros [4] qui après avoir conseillé le décubitus dorsal comme la plus commode des attitudes dans la seconde partie des accouchements, écrit qu'il est indiqué dès la première par l'amplitude du bassin, par des accouchements antérieurs trop rapides, par une mauvaise présentation, par la procidence du cordon, par l'hémorragie, par les tendances à la syncope, par des douleurs trop rapprochées et trop pénibles, par le prolapsus utérin, la hernie, l'enflure des parties génitales, le relâchement des symphises, l'obliquité antérieure, etc. Quelques tumeurs mobiles dans l'excavation peuvent être repoussées au-dessus du détroit supérieur dans cette attitude, et laisser le passage libre (V. Barbaut, t. II, p. 86).

(1) « Post Galenum Medicos eamdem sententiam habuisse quam etiam ex nostris permulti habent oportere mulierem, si naturalis partus in sella, si præter naturam, in lecto collocari », *loc. cit.*, cap. 1, § 3. Cependant dans l'entête du *caput sextum*, il dit : « Si ars et natura in partu concurrunt, ut in naturali collocanda (assise). Si ars precedere debet, melius ut primum jaceat, sed in sella et hinc erecta fere sedeat. » Mais dans l'accouchement contre nature : « In hoc naturæ impetus reprimendus. Hinc mulier supina. »

(2) *Dict. universel de méd.* (vaste compilation de toutes les autorités méd. de l'époque, Paris, 1747, art. Obstétr.). — « Dans les accouchements de cette nature, on ne permettra point, ainsi qu'on le peut dans les autres cas, à une femme de se tenir droite et de se promener, on la tiendra toujours dans son lit, le corps et la tête de niveau avec les fesses. Dans l'intervalle des douleurs, l'accoucheur s'occupera à replacer le cou de la matrice dans sa situation naturelle et afin que la première douleur qui surviendra ne la chasse point de rechef, il introduira sa main dans le vagin avec laquelle il soutiendra les pies (*sic*) de l'enfant, etc... »

(3) *L'art d'accoucher*, § 645; t. I.

(4) Lettres obstétricales, *Gaz. des hôp.*, n° 75, 28 juin 1564, p. 298.

*
* *

Nous avons rencontré à diverses reprises dans le cours de ces chapitres des prescriptions concernant les déviations utérines ou les déplacements du fœtus : comme ce sont généralement les situations couchées — dorsales, abdominales ou latérales — qui sont recommandées, nous avons cru bon de signaler ici cette question. Sans reproduire tout ce qu'en ont dit les auteurs (1), disons qu'ils s'accordent à indiquer le décubitus dorsal pour les inclinaisons antérieures ; le décubitus ventral ou ce qui s'en rapproche singulièrement, l'attitude sur les genoux ou les coudes pour l'obliquité postérieure, et enfin le décubitus latéral pour une inclinaison latérale. Citons à ce dernier sujet, pour montrer à quel point d'arguties scolastiques en étaient arrivés certains esprits, le passage suivant de Stein (2) :

« 151. — Le secours pratique que dans les accouchements contre nature on peut obtenir d'un changement de position de la femme est fondé sur la théorie suivante, savoir : autant l'extrémité supérieure de l'axe de la matrice s'écarte d'un côté de l'axe du bassin, autant aussi l'extrémité inférieure s'en éloigne du côté opposé (*Théor.*, §§ 253, 643) (3).

152. — La position équilatérale ou antilatérale, c'est-à-dire sur le même côté ou sur le côté opposé qui convient dans le temps de la grossesse, convient en général également dans les cas d'obliquité de la matrice.

153. — C'est pourquoi on fait tenir la femme sur le côté droit quand la matrice oblique à gauche et *vice versa*. Dans ce cas on entend parler de l'obliquité de la matrice prise de son fond.

154. — Ou bien on place la femme sur le côté même de l'inclinaison de la matrice et dans l'accouchement par la tête, elle

(1) Cf. Deventer, Filhastre, Velpeau, Legros, etc.

(2) *L'art d'accoucher de* Stein, trad. Briot, t. II. Paris, an XII, 1804.

(3) « § 253. Quelques fois plus le fond de la matrice, toujours à l'état de grossesse, se porte en avant, plus son orifice se trouve rejeté en arrière. » Le paragraphe 643 est reproduit page 103.

attend les douleurs dans cette position, dans ce cas, par obliquité de la matrice on entend celle qui est prise de son orifice.

155. — La situation équilatérale ou antilatérale (§ 152), ce qui signifie la même chose (§§ 153, 154), réussira de même très bien dans le cas d'obliquité antérieure ou postérieure de la matrice.

156. — C'est-à-dire lorsque le fond de la matrice tombe beaucoup en devant, il convient alors de mettre au commencement de l'accouchement, la femme couchée sur le dos et de l'abaisser beaucoup en arrière. »

Actuellement il n'est plus guère question des déviations latérales ou postérieures ; pour l'antéversion — bassin cyphotique ou lordose par exemple — on enseigne d'appuyer l'utérus le plus possible en arrière jusqu'à ce que la dilatation se fasse.

Charles (1) conseille cependant dans les positions irrégulières, déviées, de « placer la femme en décubitus raisonné afin que la pesanteur agisse pour redresser le fœtus ; ainsi supposons la tête déviée vers la fosse iliaque droite, la femme devra rester dans le décubitus latéral droit, de sorte que le fond de l'utérus et le siège du fœtus (parties les plus lourdes et les plus éloignées des ligaments) soient attirés vers le bas, c'est-à-dire vers la ligne médiane et même du côté droit ; le pôle opposé du fœtus, la tête subissant un mouvement inverse se rapproche du centre du détroit supérieur ».

(1) *Cours d'accouchement à la maternité de Liège*. Paris-Liège, 1903, p. 411, sq.

CHAPITRE IX

DEBOUT

Les dernières attitudes que nous ayons à considérer peuvent toutes se résumer en une seule — l'attitude verticale, — il n'y a pas en effet grande différence au point de vue de l'accouchement entre une femme qui reste entièrement debout et une qui. agenouillée, a son tronc et ses cuisses suivant un plan perpendiculaire au sol. Nous verrons simplement tout à l'heure que dans cette deuxième posture l'enfant expulsé violemment risque peut-être des traumatismes moins considérables comme tombant de moins haut ; mais que, d'autre part, la femme doit être plus vite gênée tant par la pression qui s'effectue sur les genoux que par l'arrêt ou tout au moins la diminution de la circulation (crampes et engourdissement) dans les membres inférieurs.

Ces situations, nous l'avons déjà dit (p. 52), semblent à l'origine, quoi qu'en pense Verrier, plutôt dues aux difficultés d'opérer l'enfantement dans un lit, que peuvent avoir des personnes ayant perdu l'habitude de l'accroupissement. De plus, l'idée d'avoir un secours dans l'action de la pesanteur a peut-être contribué à leur vogue (1). Le fait certain, c'est que l'agenouillement a été très répandu au début de l'histoire de l'obstétricie et qu'il y a peu de temps on le rencontrait encore chez les Japonais et j'ignore même s'il a disparu devant leur nouvelle civilisation.

Eifer (2) le considère comme la plus naturelle des attitudes obstétricales. Ce serait du reste la position de repos favorite pour

(1) Cf. lettre du Dr Morel, p. 52.

(2) *Corresp. méd.*, p. 10, n° 134 (6e année), 30 avril 1900.

les sauvages (contrairement aux hommes qui s'accroupiraient). « Engelmann, dit-il, qui l'a étudiée chez les Peaux-Rouges n'a jamais entendu dire qu'elle ait amené des hémorragies ou autres accidents. Michaut qui a observé cette attitude chez les accouchées japonaises admet qu'elle ne favorise pas la laxité des ligaments des synarthroses du bassin. Mais ces ligaments sont très lâches chez les sujets normaux et la symphise pubienne joue naturellement, grâce à l'habitude de s'asseoir sur les talons, les genoux pliés.

« A la Maternité de Clermont (1), une tertipare, J. C..., épouse G..., entre en travail, s'agenouille sur le lit et refuse de rester allongée. On a beaucoup de peine à la maintenir dans le décubitus horizontal pendant l'injection vaginale, elle se remet à genoux dès celle-ci terminée, disant beaucoup moins souffrir ainsi. La durée de l'accouchement semble normale, l'enfant se présente en G A. La vulve est même plus accessible que dans la position couchée et on empêche facilement une expulsion trop rapide. Rien de particulier ensuite, la femme s'étant replacée sur le dos l'accouchement terminé. »

Au nom du raisonnement d'autres la trouvent la plus mauvaise possible et Günz (2) après avoir concédé que quelques fois la femme pouvait rester debout, ajoute : « Erecto autem corpore in genua procumbere in nulla partu potest utile esse. Hic enim situs et naturæ vires infringit et artis auxilium minus admittit quorum ut hoc per se potest intelligi et nulla probatione eget, sic ad illud animo comprehendum, ea in memo-

(1) Observation inédite, due à l'obligeance de Mlle Dufau.

(2) *Loc. cit.*, chap. VI. Il ne peut jamais être utile dans le part naturel, d'accoucher à genoux le tronc vertical. Les forces naturelles y disparaissent et on ne peut guère y apporter le secours de l'art (cela n'a pas besoin d'être démontré, on n'a qu'à se rappeler ce qui a déjà été dit (V. p. 77, R. G.) sur les mouvements du bassin). J'ai dit en effet, que les muscles abdominaux et en particulier les droits y sont très étendus, que la respiration y est difficile et que l'action de ces muscles n'aide en rien l'effort de la nature ; ensuite que le sacrum est renversé en dedans ainsi que les vertèbres lombaires, et que le détroit supérieur devient plus étroit et plus oblique tandis que la position de l'utérus est souvent transformée.

riam revocari opportet quæ de ossium pelvis præsertim motu supra proposita sunt. Dixi autem, in eo situ, rectis aliisque abdominis musculis quam maxime extensis et respirationem difficilem, eorumque musculorum quasi nullum effectum esse in quo tamen vis naturæ in partu consistit; deinde os sacrum cum vertebris quæ in lumbis sunt, intus exstare ac pelvim a superiore parte et angustiorem et aperturam obliquam facere quo uteri situs non raro mutari. »

Cependant Filhastre lui reconnaît encore des avantages et il la recommande concurremment avec la station verticale « lorsque la matrice a une trop grande obliquité vers le sacrum ».

Mais je ne crois point qu'il en soit aujourd'hui question dans aucun traité classique.

*
* *

On continue au contraire, au sujet des enfantements supposés criminels, à s'occuper si l'accouchement a eu lieu dans la rectitude complète.

D'aucuns, Hohl entre autres, ont presque nié sa possibilité ([1]). Cependant dans de nombreuses contrées ça a été et c'est encore ([2]) la posture favorite des indigènes, et une de mes parentes morte actuellement, a dans la première moitié du XIXe siècle, été par cinq fois délivrée dans une telle situation sans aucun accident.

Filhastre ([3]) fait les constatations suivantes qui sont assez ju-

(1) « Hohl a émis des doutes sur la possibilité des accouchements dans la station tout à fait droite, il a fait faire des essais dans une maternité et malgré toutes ses promesses, il n'a pu obtenir qu'une seule fois l'attitude absolument debout ; pendant l'accouchement les femmes renonçaient à l'épreuve ou bien elles fléchissaient les jambes et elles s'inclinaient pour chercher un appui. Les douleurs d'expulsion faisaient vite modifier l'attitude debout. Il faut admettre que dans l'expulsion rapide et imprévue, la station est possible ; mais reconnaître que le plus souvent un certain degré de flexion des membres inférieurs diminue la hauteur de chute » (G. Tourdes, p. 472, in *Dict. Encycl. des Scienc. méd.*, Dechambre, Paris, 1864).

(2) Cf. la lettre au docteur Morel, p. 52.

(3) Thèse Montpellier, 1816, p. 12 et 13.

dicieuses : « On remarque souvent que beaucoup de femmes font mieux valoir leurs douleurs en se tenant debout ou assises que lorsqu'elles sont couchées, ce qui vient peut-être de ce que le poids du fœtus agit avec plus de force sur le segment inférieur de la matrice. Cette position convient parculièrement aux femmes mal conformées, asthmatiques, hydropiques, bossues ou à toutes celles qui ont la respiration difficile. En général, si la femme est assez forte pour se tenir debout de temps en temps et pour se promener dans sa chambre, l'orifice de la matrice se dilate plus promptement que lorsqu'elle est couchée ; souvent les douleurs se réveillant deviennent plus fortes, plus fréquentes et par conséquent le travail est moins long. Il peut être avantageux d'employer ce moyen toutes les fois que le travail languit, et qu'il est nécessaire de réveiller les douleurs ; mais il faut s'en abstenir lorsqu'elles se suspendent à la suite des efforts impuissants que fait la femme. »

Desormeaux [1] remarque aussi que le mouvement semble donner plus d'activité aux contiactions de l'utérus et dans les travaux longs il recommande de faire marcher la femme, jusqu'à ce que les douleurs franchement expulsives se soient déclarées. Il reconnaît pourtant que chez certaines « exceptions » c'est l'attitude couchée qui réveille les contractions dans la position verticale. Le fait est, je crois, moins rare qu'il ne le dit [2].

Le même Desormeaux nous décrit quelques pages plus haut, les inconvénients qu'il a trouvés à assister une femme debout. Voici son texte : « Dans quelques provinces les femmes accouchent debout, le corps penché en avant et les coudes appuyés

(1) In *Dict. de méd.*, par ADEDON, BÉCLARD, etc. Paris, 1821, p. 223-225.

(2) Je puis citer les récits de plusieurs personnes qui m'ont certifié que la station verticale calmait leurs contractions, tandis que la situation horizontale les exacerbaient. Entre autres Mme R.., IV pare, voyait toujours ses douleurs, très légères dans la journée, ne devenir véritablement fortes que le soir un quart d'heure après son coucher. Mme de St-M.., qui était dans le même cas vit un jour à la campagne survenir les premières douleurs, elle se fit tenir debout et put ainsi les calmer un peu et attendre l'arrivée de la sage-femme. R. G. — Cf. aussi RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE, *Traité d'obs.*, 6e édit., p. 310.

sur un corps solide. J'ai assisté à l'accouchement d'une dame tellement contrefaite qu'elle ne pouvait prendre une autre situation que celle-là sans être menacée de suffocation. Cette situation verticale a l'inconvénient que pour la garder, la femme est obligée de maintenir tous les muscles en contraction, ce qui augmente la fatigue, suite inséparable des efforts de la parturiente. Outre cela, l'accoucheur est placé mal commodément et s'il n'apporte pas la plus grande attention lors du passage de l'enfant au détroit inférieur, celui-ci peut échapper et par son poids déchirer le cordon ombilical en entraînant le placenta ou le fond de la matrice. Les femmes ne conservent pour la plupart cette situation que par l'idée que la pesanteur du fœtus facilitera sa sortie, idée absolument dénuée de fondement. » Portal a cité un cas d'expulsion complète de la matrice hors du vagin.

Pour Cazeaux [1], le renversement de l'utérus est une exception car : « l'axe du détroit supérieur forme presque un angle droit avec celui du détroit inférieur [2] et surtout avec celui de la vulve [3]. Le cordon tourne autour de la partie postérieure de la symphyse comme autour d'une poulie, de sorte que la plus grande partie de la force de traction vient se perdre sur cette symphyse avant d'arriver au fond de l'utérus ». Mais ce n'est pas tout : « il arrive de temps en temps que le fœtus est brusquement expulsé et si la femme est debout il peut tomber violemment, se tuer ou se blesser » [4].

(1) *Traité d'accouchements*, 5e édit., p. 943 et 944.

(2) On sait que M. le professeur Pinard a démontré que cela est faux (Cf. Thèse de Boissard, Paris, 1884 : La ligne axile de la portion passive ou osseuse du bassin est une ligne droite dans toute l'étendue de son trajet), mais que le pôle fœtal qui se présente après avoir pressé sur le plancher périnéal et l'avoir creusé sort suivant une direction à peu près perpendiculaire à la ligne axile du bassin passif ou osseux.

(3) Ceci est vrai, nous venons de le voir ; mais l'orientation vagino-vulvaire étant variable (Cf. Thèse de Boissard, « De la forme de l'exc. pelvienne ». etc. Paris, 1884), l'expulsion est plus ou moins retardée. Dans les quelques cas signalés d'inversion utérine, on devait probablement se trouver en présence de vulves fort abaissées.

(4) Depaul, in *Dict. Encyclop. des sciences méd.* de Dechambre, Paris, 1864, p. 411-412.

On trouve en effet de nombreuses observations de ruptures du cordon à la suite d'accouchements debout [1].

Ces ruptures amènent quelquefois des hémorragies ombilicales. Cependant sur 21 cas de Klein où la tige funiculaire était pour ainsi dire arrachée du ventre, sur 6 cas de Casper où le même fait s'était produit, il n'y eut aucune perte sanguine importante. Elle fut insignifiante dans le cas célèbre de de la Motte. Mais on la trouve indiquée par Kock, Winckel (3 fois sur 42 cas) [2]. Bogdan, Dupuy, Bontemps et Perret [3]. Il est néanmoins facile de l'arrêter et pas plus que les autres lésions qui peuvent survenir (au foie et autres viscères par exemple), elle ne semblerait bien importante, s'il n'y avait souvent — certains auteurs disent toujours — des traumatismes crâniens plus ou moins considérables ; fractures du crâne, épanchement sanguin dans le cerveau, commotions cérébrales. Cependant certains spécialistes (Haller par exemple) les nient et il est un fait certain : c'est que la plupart du temps si ils existent [4] ils ne sont pas observés et sont tellement insignifiants qu'ils passent inaperçus. Nous renvoyons aux thèses et ouvrages spéciaux ceux que cette question intéresserait [5]. Disons seulement que sur 55 cas d'accouche-

(1) Cf. Bidou, *Marseille méd.*, 1903, p. 737 ; *Presse méd.*, 1904, t. I, p. 200 ; Maygrier, *Progrès méd.*, 1888, 2e sér., t. VII, p. 414 ; Jambon, *Bull. de la Soc. scient. de méd. de l'Ouest*, 1903, t. XII, p. 540 ; Ollivier d'Angers, *Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*, 1844, 1re série, t. XXXII, p. 139 ; Tissier, *Revue de méd. légale et de juris. méd.*, 1899, p. 14 et *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég*, 1899, 3e série, t. XLI, p. 77, etc. Les thèses de Collet (Paris, 1904), Kiproff (Paris, 1903-1904), Bonnemaison (Paris, 1898), St-Cyr (Lyon, 1891-1892), Depouy (Paris, 1885-1886), Hellake (Würzburg, 1898). — V. aussi Mauriceau, Levret, Peau, Baudelocque, Devillers, Tarnier, Pinard, Winkel-Budin (femmes en couches et nouveau-nés), Wrisberg, Siebold, Casper, etc.).

(2) *Ueber die Behandlung præcipiterte, etc.* Mülchen. 1884, p. 52.

(3) Cf. Thèse Collet, Paris, 1904, p. 93.

(4) « Il est même probable que certaines de ces fractures, en forme de fissures restent quelquefois méconnues et se consolident sans que leur existence ait été soupçonnée » (Vibert, *Précis de méd. lég.*, 6e édit., 1903, p. 514). Mais Jayet (Thèse Paris, 1858) cite un cas des plus concluants où malgré une chute assez forte sur un pavé pointu, il fut impossible à l'autopsie nécessitée par une affection intercurrente de trouver la moindre fissure.

(5) Cf. par exemple Casper, *Traité prat. de méd. lég.*, t. II ; Tourdes, *Dict.*

ments debout, Klein n'a trouvé aucun accident et que sur 28 cas de rupture du cordon en station verticale soigneusement cherchés par Bonnemaison, il n'y en a que 4 où des lésions crâniennes soient rapportées dans l'observation.

*
* *

Du reste, il ne faut pas toujours attribuer à l'attitude que nous étudions tous les méfaits que l'on met à son compte :

1° Parce que dans les cas que nous venons de citer l'accouchement s'est terminé souvent d'une façon rapide, brusque et imprévue en dehors de toute assistance. Or ce n'est pas sur ces faits que nous pouvons raisonner et la seule conclusion à en tirer, c'est qu'une femme en période d'expulsion ne doit jamais être abandonnée à elle-même et qu'au contraire elle doit toujours être soumise à une surveillance constante ;

2° L'inversion utérine peut se produire spontanément en décubitus horizontal en dehors de toute intervention malencontreuse (1) et ce n'est pas le seul cas que Collet (Thèse Paris, 1904) a pu relever (2) dans le « grand nombre » d'observations qu'il a dépouillées (p. 81 de sa thèse) qui peut permettre de penser que la station verticale prédispose au renversement de l'utérus (dans la statistique de Gibert sur 58 cas, pas un seul en position droite) ;

3° Il en est de même pour l'expulsion simultanée du fœtus et des annexes, et si les ruptures du cordon sont favorisées par cette attitude, n'oublions point qu'on les rencontre même lors d'enfantement sur un lit (3) ;

encycl. des sc. méd. (art. Accouch. consid. médico-lég.). — Les ouvrages de Tardieu, Brouardel, Vibert, Baltazard, etc .. Les thèses déjà citées et celle de Bonnemaison, Paris, 1898

(1) Cf. Gibert, Thèse Paris, 1879, p. 42 ; Bonnemaison, Thèse Paris, 1898, p. 61 ; Pinard, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. LII, p. 47.

(2) Sur 3 cités.

(3) Nægelé, Devilliers, Rigby, Budin (*Soc. de méd. lég.*, communication portant sur 4 observations) ; Lamare, Thèse Paris, 1888 ; Leray, Thèse Paris,

4° Fait curieux, les fractures du crâne ne sauraient même toujours être reprochées à cette méthode d'accouchement. Nous avons vu qu'elles n'y sont point aussi fréquentes qu'on pourrait le croire (ou tout au moins qu'elles ne se manifestent le plus généralement par aucun signe) et lorsque dans les autopsies on les rencontre, elles sont associées la plupart du temps à un vice d'ossification. En dehors de cette dystrophie, certains auteurs (V. plus haut et Descout, in *Conf. de méd. leg.*, 1905-1906) émettent quand ils les découvrent une présomption d'infanticide. On trouve du reste quelques observations de fractures spontanées au cours du travail, bien qu'il fut bref et facile (D'Outrepont, Carus in Danyau, *Journ. de chirur. de* MALGAIGNE). Ajoutons néanmoins que pour Vibert [1] la tige funiculaire peut être assez longue pour qu'il y ait traumatisme du crâne sans qu'elle se rompe. Mais ces accidents peuvent être facilement évités par le procédé employé en Ille-et-Vilaine, qui consiste à mettre un gros oreiller entre les jambes de la parturiente.

Notons du reste l'observation suivante (inédite) recueillie dans le service de M. le professeur Planchard, grâce à l'obligeance de Mlle Dufau, sage-femme en chef de la Maternité de Clermont. Elle semble bien démontrer par la mort du second enfant recueilli pourtant dans les meilleures conditions, qu'on ne peut attribuer avec certitude le décès du premier à l'attitude de sa mère. N'en est-il point de même dans un certain nombre de cas ?

R... Marie, 23 ans, primipare. Le 4 juin 1905, après avoir ressenti les premières douleurs à 4 heures du matin se rend à 5 heures à la Maternité. Cette femme qui n'avait plus vu ses règles depuis fin octobre 1904, accouche debout sur le boulevard Trudaine. Elle n'a que quelques efforts ; l'enfant est projeté par suite de la rupture du cordon sur le bord du trottoir et ne pousse qu'un seul vagissement, il est porté mort dans le service. Il est

1892 (2 cas de Maygrier dont l'un déjà publié in *Prog. méd.*, 1888) ; BONTEMPS DE SAUMUR (*Ann. d'hyg.*, 1888, p. 54, le cordon arraché au ras de l'ombilic) ; PERRET (*Ann. d'hyg.*, 1888, p. 55, même siège de rupture) ; DARENE (*Ann. d'hyg.*, 1888, p. 165, déchirure complète sous une faible traction).

(1) *Précis de méd. lég.*, 6e édit., p. 501.

très décoloré, pèse 1 kil. 750, mais a les apparences d'un poids supérieur. La mère est en bon état et la délivrance se fait au bout d'une heure et demie. Cordon court, brisé à 4 ou 5 centimètres de l'insertion fœtale et fort grêle.

Cette femme revient accoucher à la Maternité, elle entre en travail (dilatation comme une pièce de 2 fr.), présentation du siège mode des pieds — l'expulsion a lieu au bout de deux heures, elle est très rapide ; le fœtus ne fait que quelques mouvements respiratoires et meurt ; — il pèse 1 kil. 300, a un placenta de 600 grammes et un cordon de 60 centimètres. Il présente un léger hydramnios.

Dans les deux cas, l'autopsie n'a malheureusement point été faite.

*
* *

Pour nous résumer, nous dirons que si la station verticale n'est point la meilleure des attitudes à faire garder par une femme en travail, même après rupture des membranes, ainsi que le faisait Matteï [1] : « quand le défaut d'engagement ne dépendait pas d'un vice de conformation, d'une mauvaise présentation ou autre cause facilement appréciable ». Il n'en est pas moins vrai que ses détracteurs ont été trop loin et que, avec une surveillance peut-être plus astreignante, elle ne paraît pas devoir être cause d'un plus grand nombre d'accidents que les autres postures.

Ce n'est point le curieux passage suivant, extrait d' « Un essai sur les maladies des artisans » [2] qui modifiera l'opinion de nos lecteurs :

« Il est prouvé que la situation penchée facilite plus l'accouchement que la verticale, puisque les femelles des animaux, qui n'ont besoin que des seules forces de la nature, se couchent par terre dans cette opération. Peut-être regardera-t-on cette attitude

(1) *Observat. de la clin. obst.*, in LEGROS, Lett. obst., *Gaz. des Hôp.*, n° 75, 28 janvier 1864, p. 297.

(2) Traduit de Ramazzani, par M. de Fourcroy, Paris, 1777 et publié en partie sous le titre : Dans les vieux livres « Les maladies des sages-femmes », in *France médic.*, n° 12, nouvelle série, 25 juin 1906.

comme nécessaire aux animaux pour que leurs petits ne tombent pas et ne se tuent pas par leur chute ; ou bien parce que quand les femelles sont couchées par terre la position de leur matrice, différente de celle de la femme, rend leur accouchement plus facile. Mais les plus petits animaux, les chiennes, les chattes, les souris mettent bas de même quoique leurs petits ne soient pas exposés à tomber de bien haut. Je ne crois pas non plus que la situation perpendiculaire facilite l'accouchement pour les femmes en travail, quoiqu'il y ait lieu de soupçonner que dans cette position de la matrice, l'enfant débarrassé de ses enveloppes et cherchant à sortir de cet organe se précipite vers son orifice et sort alors dans une situation contre nature en présentant les deux mains étendues ou dans une autre position aussi mauvaise, comme l'observation l'a plusieurs fois démontré. »

TROISIÈME PARTIE

EXPÉRIMENTATION

CHAPITRE PREMIER

PRESSION ABDOMINALE

En feuilletant la thèse d'agrégation de M. le professeur Pinard ([1]).j'ai trouvé à la page 5 la phrase suivante qui rend mieux que je n'aurais pu le faire moi-même, l'état de mon esprit au bout de quelques mois de recherches : « Sans perdre de vue les efforts de mes devanciers ; car suivant la juste observation du professeur Gübler : « la justice me le commandait et mes intérêts l'exigeaient » ([2]), j'ai cru que cette question devait être étudiée à nouveau. Il m'a semblé que tout en étant clinicien, il était nécessaire d'avoir recours à l'expérience. »

Certes les travaux de Farabeuf et Varnier ([3]), de Bar, de Bonnaire et Bué, etc. ([4]) ont complètement élucidé la question de l'influence des diverses postures sur l'agrandissement du bassin,

(1) Paris, 1878.

(2) In *Journ. de thérapeut.*, « Introduct. », 1874.

(3) Résumé de quelques recherches du professeur Farabeuf : in Pinard, *Rapport au Cong. int. des sc. méd.*, Rome, 1894, publié *Archiv. de Gyn. et d'obst.*, Paris, 1894, p. 409 et suiv., t. I ; Varnier, *Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie* ? etc.

(4) Cf. p. 68.

mais leur action sur la pression abdominale n'a jamais, que je sache, été étudiée expérimentalement.

Or on sait que « pour que les muscles abdominaux agissent bien sur l'utérus et en expriment le contenu à travers le diaphragme pelvien, il faut que les parties osseuses auxquels ils sont attachés deviennent fixes et immobiles ; c'est pourquoi la contraction d'un grand nombre d'autres muscles est également nécessaire à l'accouchement (1) ».

Pour le même auteur (2) « les contractions volontaires et réflexes des muscles abdominaux, et pour mieux dire des muscles de l'effort, ne sont pas un facteur indispensable de l'accouchement ».

« Harvey, lorsqu'il eut découvert les contractions péristaltiques de l'utérus gravide chez la chienne, institua des expériences pour démontrer que l'expulsion du fœtus devait être exclusivement attribuée à la *vis uteri propria*. Il ouvrit le ventre à des chiennes à terme qui néanmoins expulsèrent encore leurs petits. Regnier de Graaf a fait les mêmes expériences sur des lapins.

« Haller a vu chez des femelles gravides, l'expulsion spontanée des petits peu de temps après la mort par les seules contractions utérines. Il rapporte des observations cliniques de Harvey, de la Motte, de la Mettrie, Smellie, Storch qui ont assisté à l'accouchement spontané de femmes paraplégiques. Des faits semblables sont notés par Brachet, Nasse, Merrimaux, Chaussier, Scanzoni, Berricke, etc., etc.

« Ces observations sont plus concluantes que celles de Horst, d'Hildau, de la Motte, Rolfink, Salmuth, etc. ayant trait à des accouchements survenus quelque temps après la mort de la mère (un ou plusieurs jours), Aveling et Reimann ont réuni un grand nombre de ces faits extraordinaires. Schrœder pensait et je suis de cet avis, que lorsque cette expulsion est tardive, elle est due à la pression des gaz de la putréfaction.

« Mais pour n'être pas indispensables, les contractions volontai-

(1) Varnier, *Obst. journ.*, 1900, p. 94.
(2) *Loc. cit.*, p. 108.

res des muscles de l'effort n'en ont pas moins un rôle très important dans le phénomène de l'expulsion qu'elles accélèrent. Il est certain que bien des applications de forceps sont rendues nécessaires par la faiblesse de l'effort (chez les femmes à éventration par exemple), ou par la mauvaise direction imprimée à la poussée volontaire. »

Cette dernière phrase semble bien contredire la première et, pour nous, elle paraît plus vraie ; si, en effet, dans la plupart des cas la force utérine peut être suffisante pour l'expulsion, dans certains la participation des « muscles de l'effort » est indispensable et dans tous elle est utile (1). Voici deux observations, dont l'une inédite, qui confirme notre thèse :

1° Une femme à Beaujon désirait voir le chef de clinique assister à son accouchement, malgré tous les conseils qui lui furent donnés, elle refusa de pousser et la présentation ne s'avança point durant une heure et demie. Au bout de ce temps, le chef de clinique arriva ; mais la femme fatiguée ne put plus donner la quantité d'énergie indispensable, une application de forceps fut nécessaire pour terminer l'accouchement (2).

2° Depaul accoucha une jeune dame qui avait été amputée de la cuisse. Ne pouvant s'appuyer qu'à l'aide d'une seule jambe, elle se livrait à de vains efforts ; le bassin était bien conformé ; aucun obstacle n'arrêtait la sortie du fœtus et cependant il fut nécessaire d'appliquer le forceps (3).

Cette nécessité d'avoir un point d'appui pour les pieds est admise par tous les auteurs que nous avons consultés. Ils ne diffèrent qu'entre les moyens à employer pour le fournir. Les anciens ordonnaient de placer une barre de bois en travers du lit ; plus tard on la rejette comme inutile et on prescrit seulement de faire soutenir les genoux avec les mains (4) ; actuellement la femme peut

(1) Rappelons que pour Haller à la fin de l'accouchement les muscles abdominaux substituaient leur action à celle de l'utérus.

(2) Observation inédite due à l'obligeance de Mlle Chasseloup, ancienne élève de la Maternité de Beaujon.

(3) Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire*, p. 9.

(4) Cf. Depaul, in *Dict. encycl. des sc. méd.* de Dechambre, 1864.

suffisamment s'arc-bouter sur son matelas qui ne fuit point comme le lit de plumes.

Poullet ([1]) a constaté dans ses expériences que l'action des muscles volontaires équilibrait « une part considérable de la colonne de mercure soulevée par l'ensemble des efforts », et il continue : « La véritable utilité de la contraction abdominale n'a peut-être pas été indiquée. Remarquons que la paroi de l'abdomen ne se contracte pas lorsque l'utérus, incomplètement dilaté, ne lutte encore que contre la résistance de son orifice. Cette nouvelle force entre seulement en action aussitôt que l'orifice utérin est complètement dilaté ; le col pourrait alors remonter sur le contenu de l'œuf, et distendre le vagin qui n'est qu'une membrane peu épaisse et surtout presque inextensible dans le sens de sa longueur. Les efforts utérins s'ils étaient seuls et plus énergiques pourraient aboutir à une déchirure de l'insertion utéro-vaginale et le corps utérin pourrait remonter sur la tête, le cou et le corps de l'enfant sans produire son expulsion à travers le périnée. C'est alors que les muscles abdominaux interviennent avec l'énergie que l'on connaît avec précision actuellement et cette contraction refoule l'utérus en masse vers le périnée. La contraction abdominale a donc pour effet de concourir à l'expulsion du fœtus, mais surtout en s'opposant à ce que l'on désigne sous le nom de recul dans les armes à feu. Elle vient en quelque sorte fixer l'utérus et s'opposer aux déchirures du vagin. »

*
* *

Quoi qu'il en soit et malgré le peu de gravité qu'offre généralement chez des femmes normales une application de forceps bien faite, la seule espérance d'éviter son emploi et par là même tout danger même hypothétique doit suffire à nous inciter à favoriser l'action des muscles volontaires.

Il était donc naturel que nous cherchions à préciser par l'expérience qui contredit, hélas ! tant de fois les théories paraissant les

(1) « Du Tocographe », p. 72, *Arch. de Tocologie*, février 1880.

plus justes ; que nous cherchions, dis-je, à préciser quelle était l'attitude la plus favorable pour obtenir le meilleur rendement des forces de la parturiente.

La méthode la plus simple était de contrôler la pression intra-abdominale dans les diverses postures qu'elle peut prendre.

J'allai solliciter les conseils de MM. J. et L. Camus, préparateurs au laboratoire de physiologie de la Faculté [1]. Il fut tout d'abord reconnu impossible de mesurer de l'extérieur cette dite pression. Les muscles abdominaux agissant presque à la façon d'un système creux, un dynamomètre placé sur la paroi du ventre ne pouvait donner aucun renseignement. Je leur soumis ensuite les expériences de Schatz qui avec son tacodynamomètre [2], mesura la force expultrice de l'utérus. Cet appareil donne, au témoignage de Polaillon, des tracés très souvent inexacts en raison de la vitesse acquise par la colonne mercurielle qui transmet au flotteur des mouvements brusques et saccadés [3]. Cet auteur prétend avoir supprimé cet inconvénient par l'emploi d'un appareil rappelant le tambour de Marey (*loc. cit.*, p. 4).

Mais il n'en reste pas moins que dans les deux procédés on doit introduire sous les membranes de l'œuf légèrement décollé un petit ballon de caoutchouc de 80 centimètres cubes de capacité [4]. Or cette introduction est très délicate ; de plus il y a des causes d'erreur, dues à des pertes de pression résultant de l'élasticité des différents milieux de l'œuf, pertes qui n'existent pas au moment de l'expulsion ; car l'utérus étant ouvert et les eaux étant écoulées, les pressions sont intégralement transmises sans réaction du côté du col [5]. Enfin, quoique Tarnier dans la discussion

(1) Qu'ils veulent bien agréer ici nos sincères remerciements.

(2) Cf. *Arch. für. Gün.*, t. III, p. 58, 1872.

(3) Cf. « Rech. sur la physiol. de l'ut. gravide », *Arch. de physiologie norm. et pathol.*, 1880, p. 2.

(4) Celle-ci étant prise à l'état de réplétion, mais avant toute distension notable de ses parois qui sont très minces (*idem*).

(5) Cf. Polaillon, *loc. cit.*, p. 21 : « Nous devons signaler ici un fait dont l'importance n'échappera à personne, c'est que les mouvements agissent avec une intensité différente dans la cavité vaginale et dans l'utérus. Lorsque, toute chose étant égale d'ailleurs, le ballon explorateur est placé dans le fond

qui suivit la présentation de l'appareil de Poullet à la Société de chirurgie (1), crut « que l'introduction d'un ballon n'est pas dangereuse et que le procédé donnera des renseignements utiles » ; quoique les auteurs que nous venons de citer ainsi que Poullet n'aient jamais vu d'accidents, cette méthode nous a paru fort téméraire. Comme d'un autre côté la pression intra-utérine reste constante quelle que soit la position de la femme, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Poullet (2) avait dédoublé justement pour connaître la pression intra-abdominale l'appareil de Schatz et avait mis une seconde ampoule dans le rectum. Il avait été suivi dans cette voie par Polaillon. Nous aurions pu nous inspirer de leurs exemples. Etant donné les inconvénients de cette voie (difficultés du nettoyage de l'ampoule rectale, fuite de gaz par le sphincter anal entr'ouvert, etc.), nous préférâmes, sur les conseils de MM. Camus, nous adresser à la vessie qui remplissait à merveille le rôle du ballon transmetteur et qui, sa pression propre étant sensiblement constante dans le courant d'une même expérience, nous donnait des résultats comparables entre eux dans les diverses postures de la femme. Ces messieurs m'indiquèrent le Dr Courtade (chef de laboratoire de physique au service des voies urinaires de l'hôpital Necker) qui avait publié des travaux très intéressants (3) sur la manométrie vésicale. Fort aimablement

du vagin au lieu d'être placé dans l'utérus la même action de pousser, etc... produit des courbes dans l'amplitude est beaucoup plus grande dans le premier que dans le second cas. Les ondulations respiratoires sont aussi beaucoup plus élevées. ... l'augmentation de la pression nous a paru être d'un tiers en moyenne ; comme il est vraisemblable que ce qui existe pour le vagin existe aussi pour la cavité abdominale on peut conclure que les pressions sont moins intenses dans l'utérus qu'autour de l'œuf.

« Toutefois cette proposition n'est vraie qu'à condition que l'utérus soit fermé et que la pression ait une courte durée. Si l'orifice est ouvert, si la cavité de l'utérus se confond avec celle du vagin, les pressions seront forcément égales dans la première et dans la seconde. »

(1) *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1879, t. V, compt. rend. de la séance du 8 janvier 1879.

(2) « Du Tocographe », *Arch. de tocologie*, février 1880.

(3) « De la manométrie vésicale, son importance au point de vue du diag-

ce spécialiste me confirma dans mes idées et me montra l'appareil dont il se sert. C'est un manomètre à eau (flacon à double tubulure avec tube gradué), relié au réservoir vésical par un tube de verre coudé et renflé en ampoule de 20 centimètres cubes environ, continué lui-même par un tube en caoutchouc, un robinet à trois voies et une sonde molle. Cette disposition fort ingénieuse permet d'éviter tout reflux de liquide du manomètre dans la vessie. Il suffit donc de stériliser l'ampoule, le tube en caoutchouc et son robinet (sans toucher au manomètre) pour éviter toute infection. Le robinet à trois voies permet de remplir la vessie d'une quantité de liquide donnée et de la mettre ensuite en communication avec le manomètre. Une légère pression avec la main sur la paroi vésicale montre immédiatement si la communication est bien établie.

Voici les règles formulées par le Dr Courtade (*loc. cit.*, p. 88) : « 1° Le liquide injecté ne doit pas être irritant il ne faut pas employer de seringue ayant servi pour l'injection de nitrate d'argent ; car nous avons vu que la moindre quantité de ce corps en injection suffit pour augmenter la sensibilité de la vessie [1]. Il ne faut pas bien entendu pratiquer la manométrie sur un sujet qui a reçu dans la matinée une injection irritante, soit de sublimé, soit de nitrate d'argent. On devra se servir d'eau boriquée ou de solution d'eau salée à 7 pour 1.000 (solution physiologique).

« 2° Le liquide ne doit pas être injecté trop vivement et sa température sera à peu près la même que celle de l'uriné contenue dans la vessie.

« 3° ... Lorsqu'une sonde est introduite dans la vessie on voit alors la plus petite pression abdominale faite avec la main déterminer une ascension de la colonne manométrique, il en est de même de toute contraction abdominale même légère ; aussitôt que l'effort cesse, la colonne redescend à zéro.

« 4° Il est important avant de commencer de s'assurer de la fer-

nostic et du pronostic des affections de la vessie », in *Bull. et mém. de la Soc. méd. chirurgic. de Paris*, n° 2, mars-avril 1904.

(1) La moindre trace de nitrate d'argent suffit pour diminuer la capacité physiologique de la vessie, p. 86.

meture hermétique de tous les orifices. On peut faire la vérification en mettant une légère pression dans le manomètre et en tournant le robinet à trois voies de manière à ce que toutes les communications soient fermées, le liquide doit toujours se maintenir à la même hauteur. Il faut aussi faire bien attention à ce que les tubes ne contiennent pas de bulles d'air ; ces dernières en effet peuvent former des résistances qui nuiraient à la précision du résultat final. »

Rappelons que la capacité physiologique (Guyon), fort différente de la capacité anatomique, est la quantité de liquide suffisante pour amener le besoin de la miction. C'est celle que recherche M. Courtade, car elle donne de précieuses indications non seulement sur les différents états pathologiques de la muqueuse et des organes avoisinants, mais même des maladies générales (système nerveux, etc.). Elle varie chez les individus normaux de 150 à 250 grammes (page 85, *loc. cit.*). Pour les études que nous avions en vue nous devions donc nous tenir au-dessous de ces chiffres. Quelques expériences préliminaires nous firent rejeter le manomètre à eau, les pressions étant trop considérables et nous prîmes un tube barométrique en U ouvert à ses deux extrémités et contenant 20 centimètres cubes environ de mercure. Au lieu d'une sonde molle, une sonde rigide nous sembla devoir être préférée à cause de la pression de la tête fœtale.

Cet appareil étant au point, il nous restait à demander les conseils de M. le professeur Pinard. Malgré toutes les précautions prises, il nous a déclaré que « des risques imprévus pouvaient se présenter dans le cours de ces expériences. Toutes les fois que l'intérêt absolu d'un être humain, a-t-il ajouté, ne réclame pas formellement une intervention, je ne crois pas pouvoir autoriser une expérimentation quelques hypothétiques que puissent être les inconvénients à redouter ». Ma thèse n'étant que le développement de ces principes à l'état général, je ne pouvais que m'incliner lorsque dans un cas particulier, mon maître jugeait qu'ils étaient applicables.

Resteraient les recherches sur les anthropoïdes ; malheureuse-

ment le temps et les facilités nécessaires me manquent pour les entreprendre. Heureux serai-je, si ce modeste travail pouvait donner à quelqu'un l'idée de reprendre cette étude de l'expulsion, pour laquelle nous sommes encore réduits à ces spéculations que M. Pinard aime à stigmatiser sous le nom de scolastiques.

CHAPITRE II

AUTRES EXPÉRIENCES

En plus des expérimentations de Varnier, Klein, Bar, Bonnaire, Bué, etc. dont nous avons parlé dans la seconde partie de cet ouvrage, d'autres auteurs ont fait des expériences au sujet de certaines questions concernant l'attitude des parturientes. Occupons-nous tout d'abord de celles qui ont pour ainsi dire une méthode mathématique. Meyer (de Zurich) et Verrier (Paris) ont étudié les plans et les axes du bassin dans les différentes situations que la femme peut prendre. Ce dernier chercheur distingue ainsi 5 postures.

1° Posture perpendiculaire ou droite avec deux sous-classes (debout et ses variétés — à genoux verticalement) l'angle formé par le plan du détroit supérieur et de l'horizon mesuré sur des cadavres sans masses musculaires mais avec articulations intactes, seraient de 56° chez des femmes de taille de 1 m. 60 (bassin parfaitement normal), de 58° chez des femmes de 1 m. 45 au diamètre sacro-pubien de 9,5. Chez la première l'angle formé par le plan du détroit inférieur et l'horizon est de 22°. Ces résultats ne concordent point avec ceux de Camper (55° à 65° pour l'angle du détroit supérieur et 11° pour celui du détroit inférieur), ni avec celui de Nœglé (61° pour le détroit supérieur) ; mais ces auteurs ont pris leur mesure sur des femmes vivantes, d'où probablement moins d'exactitude.

2° Posture inclinée en avant (à genoux, couchée ou accroupie), l'angle du détroit supérieur et de l'horizon varie suivant l'inclinaison.

Dans la position persane (genoux sur une pile de briques, haut du corps incliné, presque courbé en avant, les mains au niveau des genoux), elle est peu marquée (?). l'angle est de 70°, « ce qui.

dit Verrier, est favorable à l'accouchement » ; « le dégagement est aussi facilité en ce que la courbure de l'excavation ainsi que l'orifice utérin regarde en bas et le fœtus y arrive insensiblement sans faire courir à la femme les mêmes dangers que dans l'accouchement debout ». « Tout l'effort, ajoute-t-il, porte sur les muscles du bras et de la poitrine, les muscles abdominaux se contractent bien et rien ne fait obstacle au relâchement des muscles du bassin. »

L'agenouillement complet, les coudes sur un meuble horizontal (genu cubital, dit Verrier) est encore favorable et est moins fatigant que la précédente. L'angle formé par le plan du détroit supérieur et par l'horizon est ouvert en arrière de 58° ; « le fœtus, d'après le même auteur, s'engage donc presque horizontal. La pression de la tête se fait plus en quelque sorte sur la symphyse, comme chez nos grandes femelles domestiques, que sur le périnée. Il en résulte que celui-ci se dilate peu et que la courbure de l'excavation tout en regardant en bas est moins dirigée dans ce sens que dans le cas précédent ».

Lorsque la face touche le sol (genu pectorale ou faciale de Verrier) « la matrice est, d'après lui, placée dans une direction assez analogue à celle des grands mammifères et l'angle formé par le détroit supérieur et l'horizon est de 41° ».

Pour mémoire : le décubitus abdominal donne pour ce dernier angle, une mesure de 28°. Enfin dans l'accroupissement il serait de 35°.

3° Posture inclinée en arrière (à genoux ou demi-étendue), l'angle qui nous occupe est extrêmement variable, de 20 à 40°.

4° Posture assise. L'angle se rapproche de celui de la posture verticale ; mais il est encore variable, car la femme s'incline toujours plus ou moins en arrière.

5° Décubitus horizontal. — Dorsal. La sortie de l'enfant n'est point sollicitée par l'action de la pesanteur et la direction des plans et axes n'est pas non plus favorable à l'expulsion ; Verrier ne donne pas l'ouverture de l'angle [1].

(1) Rappelons que Bar (*C. R. du 3e Congrès int. d'obst. et de gyn.*, août 1899)

Latéral. — Le haut du tronc forme avec les membres inférieurs un angle saillant en dehors au niveau du bassin et les plans et axes de celui-ci se rapprochent de ceux de la position inclinée en arrière sous un angle de 45°, position qu'il a reconnue comme favorable à l'engagement et à l'expulsion du fœtus.

Nous avons tenu à résumer fidèlement les travaux de Verrier d'après son article sur la classification des postures obstétricales [1]. Quelque fragiles et spécieuses que soient ses observations, nous ne pouvions les omettre dans un travail complet sur les attitudes des parturientes. Rappelons aussi que nous citons en appendice, un article de Jaks « Ueber die Statik und Mechanik des weiblichen Beckens » [2] où il effleure la question.

*
* *

Nœgele tenta des expériences pour connaître quelle était la posture instinctive de la parturiente. « Plusieurs fois une femme en travail a été abandonnée à elle-même dans une chambre où se trouvait à sa disposition, un lit, une chaise ordinaire, un fauteuil obstétrical, un canapé ; pendant la première période, la patiente se promenait en long et en large s'arrêtant à chaque douleur et se cramponnant le corps courbé en avant au premier meuble qui lui tombait sous la main ; puis après avoir essayé inutilement les différents sièges, elle finissait toujours par se mettre au lit pour accoucher » [3]. Pour Holhl au contraire, la femme s'accroupissait ou se mettait à genou [4].

Si on en croit les Français [5] c'est le décubitus dorsal, les pieds arc-boutés sur le matelas, les membres inférieurs fléchis, la tête

a trouvé 1 fois 22°,1 fois 30° et 1 fois 25°,mesures qui dans la Walcherschelage passaient à 18°, 18° et 0°. Et il conclut : « La variation de l'inclinaison du bassin est fort peu constante, ainsi qu'on peut le voir dans le premier tableau ci-dessus ; cela tient à la mobilité de la colonne vertébrale. »

(1) *Bull. et mém. de la Soc. obstétricale et gynéc. de Paris*, 1885.

(2) *Zeitsch. f. Geb. und. Gün.*, Leipsig, 1905.

(3) Witkowski, *Hist. des accouchements*, p. 437, Paris, 1887.

(4) Cf. Thèse Bonnemaison, Paris, 1898.

(5) Cf. Varnier, *Obst. journ.*, p. 94.

et le tronc renversés en arrière qui est pris instinctivement à la fin de l'accouchement. Si l'on en croit les Anglais ([1]), le décubitus latéral « est la position naturelle que prend une parturiente pendant la période d'expulsion ».

Nous reportons-nous aux comptes rendus d'accouchements spontanés rapides, tantôt la femme s'étend à terre, tantôt elle s'accroupit ou bien debout se contente de s'appuyer contre un mur ou un arbre ([2]).

Devons-nous faire entrer en ligne de compte les deux observations que nous avons citées (p. 111 et p. 87). Mais, dans l'une, la femme s'agenouille ; dans l'autre, elle se couche en hyperflexion complète.

En résumé je crois juste l'opinion suivante de Eifer ([3]) : « Ce qui est vrai d'une Européenne qui a l'habitude de se reposer étendue, ne l'est plus d'une sauvage qui souvent ne connaît ni lit ni chaise et dort parfaitement agenouillée, accroupie ou les jambes croisées. Il est évident que, abandonnée à elle-même, elle prendra plus volontiers ces attitudes qui lui sont naturelles. »

Ajoutons seulement que la parturiente sera aussi influencée soit, si elle est primipare, par les coutumes du pays qu'elle connaît plus ou moins directement ; soit, si elle est multipare, par ses propres accouchements antérieurs.

(1) Lettre inédite de Dr Eden au Dr Lepage.

(2) Cf. par exemple, Thèse Collet, Paris, 1904, p. 31, 37, 40, 42 à 45, 53, 60, 62, 65, 67, 68, 70, 71, 91, 132, 157, 172.

(3) « Des attitudes dans l'accouchement », p. 10, *Correspondant méd.* du 30 avril 1906.

QUATRIÈME PARTIE

CONCLUSION

« La complaisance doit encore paraître sur toutes les suites de l'accouchement; les unes sont dans l'habitude d'accoucher debout, les coudes acostés à une table, les autres dans une chaise, d'autres à genoux, d'autres sur un matelas auprès du feu et d'autres dans leur lit. Si l'accoucheur voulait entreprendre de leur faire changer leur manière, il aurait de la peine à y réussir, il n'a que pour lors, la voie de la remontrance encore faut-il qu'il ne l'appuie pas trop fort si il ne veut pas s'exposer à un refus. »

C'est ainsi que parle ce bon Dionis en 1743, dans son *Traité général des accouchements* (p. 208). James (ou son correcteur) (1) est encore plus accommodant : « Entre elles (parturientes), il y en a un grand nombre qui ont des postures, des situations affectées pour être accouchées ; les unes veulent qu'on les délivre debout, d'autres sur une chaise, celles-ci à genoux, celles-là sur un matelas devant le feu ou dans leur lit. Je ne crois pas que l'accoucheur doive contredire ces humeurs différentes d'autant plus que ce serait en vain ; car dans ces conditions, l'opiniâtreté prévaut ordinairement contre les remontrances les plus sensées. »

Devons-nous nous ranger à l'opinion de ces deux auteurs ; je le crois d'autant moins que nos contemporaines n'ont pas hérité de l'obstination de leurs grand'mères et que tous s'accordent à vanter leur docilité à l'égard de leur médecin dont elles sollicitent

(1) *Dict. univ. de méd.* etc., trad. de l'angl. de M. James par MM. Diderot, Eidous et Toussaint, revu, corr. et aug. par M. Julien Busson, Dr Régent de la *Fac de méd. de Paris*, 1747.

plutôt les conseils. Quelle doit donc être l'attitude idéale à leur recommander à ce moment douloureux ?

Sauf quelques restrictions sur le sexto (puisque nous avons vu l'abandon absolu ou presque, du lit de misère), nous sommes disposés à admettre l'opinion suivante de Filhastre : « La situation la plus convenable pour l'accouchement est celle qui laisse à la femme, la liberté de faire les plus grands efforts et de les utiliser. Ainsi lorsqu'on veut bien placer une femme il faut partir de ce principe : 1° que le dos, les bras, les mains et les plantes des pieds puissent être solidement appuyés contre quelque chose de fixe ; 2° que rien n'offre de résistance au périnée et aux parties qui doivent prêter afin que l'enfant ne trouve aucun obstacle en sortant ; 3° que dans l'intervalle des douleurs, la femme en travail puisse prendre du repos pour conserver ses forces ; 4° que toutes ses parties soient bien couvertes ; 5° que dans le besoin, on puisse aisément lui faire prendre la situation que requiert l'accouchement artificiel ; 6° qu'après l'accouchement, elle puisse se reposer quelque temps avant qu'on ne la transporte dans son lit ; 7° que l'accoucheur soit placé commodément de manière à pouvoir agir librement dans l'exercice de ses fonctions et dans une situation qu'il puisse garder longtemps sans se fatiguer dans le cas où l'opération serait longue. »

De l'avis unanime des auteurs actuels, seules les postures couchées donnent de pareils résultats. Ce sont certainement les plus commodes pour le médecin comme pour la femme à qui elles permettent le repos le plus agréable ; elles facilitent la surveillance de cet acte physiologique tout en réduisant sa nécessité au minimum. Mais parmi les situations que la parturiente peut prendre sur son lit, quelle est celle qui paraît la meilleure ? Là, les avis sont difficiles à obtenir. La plupart jusqu'au moment de l'expulsion proprement dite, laissent à la femme la plus grande latitude, pour n'intervenir qu'en cet instant.

Lors donc que la tête va franchir le détroit inférieur, les postures en flexion nous semblent préférables par suite de l'agrandissement de ce passage qu'elles entraînent, si faible soit-il ; par suite du relâchement des tissus périnéaux qui leur est dû

et par suite de la meilleure utilisation des muscles abdominaux qu'elles procurent, sous la réserve bien entendu que l'on puisse empêcher la sortie trop brusque de la tête.

Du reste, et quoique la méthode française ait nos préférences (1), *nous ne condamnerons point d'une manière absolue le procédé anglais, heureux peut-être de le trouver en face d'un périnée prêt à se rompre, d'un cliente indocile* (2) *ou d'un travail trop prolongé.*

Après nombre de traités, Lahs (3) a montré en effet les nombreux avantages que dans une longue parturition, apportaient des changements de position. S'ils n'ont point, comme on le croyait autrefois, une influence sur le déplacement de la présentation (4), ils favorisent nettement l'effort de la femme. Il n'y a aucun doute, dit-il en résumé, qu'à chaque position correspond une pression et une tension spéciale pour la paroi utérine ; or ces variations dans la pression et la tension sont des excitants pour les nerfs et les fibres musculaires de l'utérus. Le segment inférieur, surtout riche en terminaisons nerveuses, est influencé. La presse abdominale en reçoit aussi un secours favorable, car dans une même situation de longue durée, les muscles se fatiguent et ont de la paresse à la contraction ; par le changement, le travail des différents groupes de muscles est transformé, d'où résulte une heureuse modification dans les efforts produits.

*
* *

On nous reprochera peut-être, en terminant la lecture de cette

(1) « Les Allemands amenés par des considérations particulières [voir p. 90 et suiv.] à adopter le décubitus latéral pour leurs primipares, reviennent — y trouvant plus de commodité — au dorsal pour les autres parturientes ».

(2) Voir p. 92 et 93.

(3) *Theorie der Geburt.*, Berlin, 1877, p. 233 et suiv.

(4) Conf. Filhastre (*loc. cit.*) : « Du reste, lorsque dans les accouchements naturels, le travail traîne et devient ennuyeux, il est bon d'essayer cette posture ou toute autre analogue, afin que ce changement de position puisse aider la nature pour expulser la tête du fœtus et lui faire prendre une autre direction, si elle n'avance pas droit au passage. »

étude, de ne pas avoir assez apporté de matériaux personnels dans le cours de cet ouvrage ; c'est un regret que nous avons eu souvent de voir nos propres idées déjà formulées par d'autres ; mais nous avons cru plus consciencieux de leur en laisser le mérite. Puisse-t-on nous accorder celui d'avoir présenté d'une manière intéressante, un aperçu, à peu près complet en l'état de la science, des diverses opinions sur les attitudes que peuvent prendre les femmes en couche. En cas de besoin, certains faits que nous avons rapportés, pourront apporter des expédients au praticien embarrassé et lui permettre de se tirer d'un mauvais pas.

Si petite, cette utilité soit-elle, ce serait un bonheur pour nous d'apprendre que ce modeste livre a pu rendre des services.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
Pour le Vice-Recteur :
L'inspecteur de l'Académie,
T. FAIVRE.

APPENDICE

(Résumé de quelques extraits du travail du Dr JAKS *Ueber die Statik und Mechanik des weiblichen Beckens*) (1).

Tandis que (2) dans la position horizontale, le bassin est élargi à l'entrée; la flexion des membres inférieurs et la cyphose avec tension des muscles abdominaux qui produisent un amoindrissement du diamètre de la partie supérieure du bassin, élargissent au contraire la partie inférieure. A tout cela, s'ajoute encore la rotation du sacrum qui augmente encore l'ouverture inférieure du pelvis ainsi que les contractions qui projettent la tête vers la voûte.

La voûte du bassin est donc pendant la parturition sous l'influence de deux forces: l'une externe qui exerce une pression sur la partie supérieure de la voûte, et l'autre interne qui en élargit la partie inférieure. Il est évident que ces deux forces ont pour résultat de favoriser l'enfantement.

. . . .

Si nous voulons caractériser la courbe du sacrum, il faut la considérer comme irrégulière, la partie supérieure qui atteint la moitié de la troisième vertèbre sacrée K (fig. 35) a un rayon plus long que l'inférieure; celle-ci va de K jusqu'à la pointe de l'os (U). Le rayon qui partant du point le plus interne (S_1) de la symphyse touche le promontoire, est égal à celui qui rejoint la moitié de la troisième vertèbre sacrée (K); le rayon qui réunit la pointe du sacrum à la partie inférieure (S_2) de la symphyse, mesure presque la moitié de celui qui, de la partie supérieure S de la symphyse va au promontoire P. En moyenne $SP = 12$ cm.; $SK = 13{,}2$; $SU = 12{,}5$, mais $S_1K = S_1P = 11{,}6$; $S_2U = S_1U = 10$ cm. 6.

Les diamètres augmentent de l'entrée du bassin jusqu'au milieu de la troisième vertèbre sacrée pour diminuer ensuite, si l'on mesure le tout

(1) In *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd LIV, Heft 2. — Ce résumé a été revu par le Dr Jaks.

(2) P. 228.

du point supérieur de la symphyse ; mais cela est erroné si l'on prend les points correspondants de la symphyse et du sacrum ; on trouve alors que les diamètres de l'entrée ne varient point jusqu'au milieu (K) de la troisième vertèbre et qu'ils diminuent ensuite.

Dans la posture normale, on a donc tort de considérer les diamètres du milieu du bassin comme plus grands que ceux de l'entrée. Mais si le promontoire bascule vers la symphyse de 1 centimètre par exemple, le diamètre de l'entrée sera amoindri de 1 centimètre. Le diamètre S_1D ne changera pas, mais tous les diamètres allant aux points au-dessous de D sont agrandis et à la pointe U, cette augmentation va jusqu'à 2 centimètres.

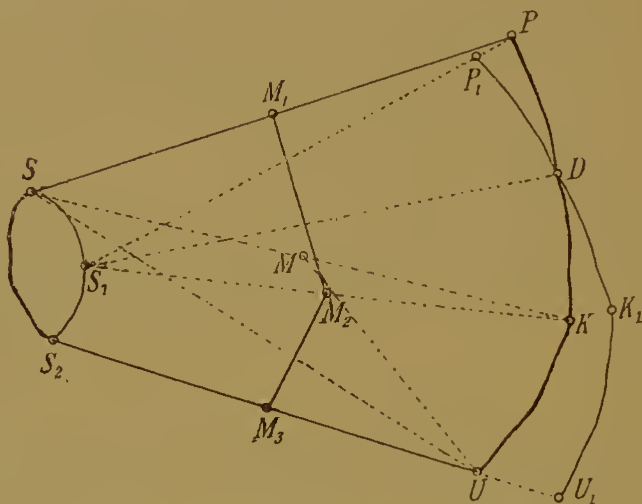


Fig. 31 (1/2 de la grandeur naturelle).

SS_1S_2, symphyse = 3 cm. ; $M_1M_2M_3$, axe du bassin ; PP_1, promontoire ; D, base et centre de rotation du sacrum ; KK_1, milieu de la 3e vertèbre sacrée et point de changement des courbures sacrées ; UU_1, pointe du sacrum.

SP_1 = 11 cm. ; S_1D = 11,6 (sans changement) ; S_1K_1 = 12,6 ; S_2U_1 = 12 cm. 6.

Quand la courbe bouge, le diamètre S_2U gagne donc le double du chemin parcouru par le promontoire.... Comparez avec la note de Paul Bar au Congrès d'Amsterdam : « Influence de la position de la femme sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin » et le travail de Duncan (trad. Budin, 1876, p. 159 et sq.) : « Sur les articulations du bassin pendant l'accouchement », *Dublin Quaterly Journ. of medic. sciences*, août 1854.

On voit l'importance des mouvements du sacrum dans l'articulation

sacro-iliaque.... Même si le promontoire ne pouvait basculer que de 5 mm. 8 (ce qui est possible d'après Klein), l'agrandissement vers la pointe du sacrum serait de 1 centimètre (d'après les mensurations de Walcher, il serait de 2 cent.).

. . . .

La bascule (¹) du sacrum est en relation intime avec l'inclinaison du bassin. Meyer a étudié cette question chez l'homme *debout* et a obtenu ce résultat qu'elle varie de 40 à 100°. Pour une certaine posture tout à fait perpendiculaire, les jambes parallèles, inclinaison de 50° chez l'homme, 55° chez la femme (²). Mais cela est peu important puisque nous étudions surtout la situation horizontale et cette inclinaison y est toute différente. Meyer a trouvé qu'elle est plus grande dans la station verticale et que dans cette station le plan passant par les deux épines iliaques supérieures et les épines du pubis est vertical. Dans la situation étendue et horizontale, il est horizontal. D'autre part, le plan de l'entrée du bassin fait un angle de 37° avec le plan pubio-spinal (Schatz). On peut considérer que l'inclinaison du bassin d'une personne couchée est de 90° — 37 = 53°. Contrairement aux résultats de Meyer sur une personne debout, on ne peut, dans la situation horizontale, l'augmenter sauf dans la position de Walcher ; mais on peut la diminuer et notamment en attirant les membres inférieurs vers le ventre et en produisant une cyphose. Sans pouvoir déterminer exactement ce minimum, Jaks peut dire qu'il est moindre que 53°.

. . . .

La rotation en dehors des jambes et leur écartement ne paraissent pas avoir d'influence sur l'inclinaison du bassin d'une personne couchée ; mais d'après son avis, cela augmente le diamètre en largeur et élargit la symphyse.

La réduction de l'angle d'inclinaison a cette importance que la symphyse remonte vers les côtes et que les muscles du ventre produisen leur maximum d'action, effectuant en même temps la rotation du sacrum qui amème l'élargissement du bassin au-dessous du point D (fig. 32). Cette rotation est en relation intime avec l'amoindrissement de l'inclinaison.

Quand on fléchit les membres et qu'on produit une cyphose, la symphyse par la pression des jambes remonte tandis que par la pression

(1) P. 233.
(2) Cf. Prochownich, in *Archiv f. Gyn.*, Bd. 19, 1882, 51-93.

de la colonne vertébrale, le promontoire est chassé en avant ; le résultat de ce mouvement est dans le rapprochement de la symphyse et du promontoire. L'inverse a lieu quand les membres sont dans l'extension et la colonne vertébrale en lordose. Symphyse et promontoire s'éloignent ; la première tirée en bas par la traction des jambes, le second en arrière par le rachis. C'est pourquoi dans l'attitude lordotique, le sacrum ne peut jamais exécuter une rotation telle que le promontoire bascule en avant et que le bassin au-dessous de D s'élargisse. Si dans cette position (fig. 32) on s'imagine que S monte en S_1 ou autrement que la symphyse exécute un arc autour du point D sur une hauteur de 3 centimè-

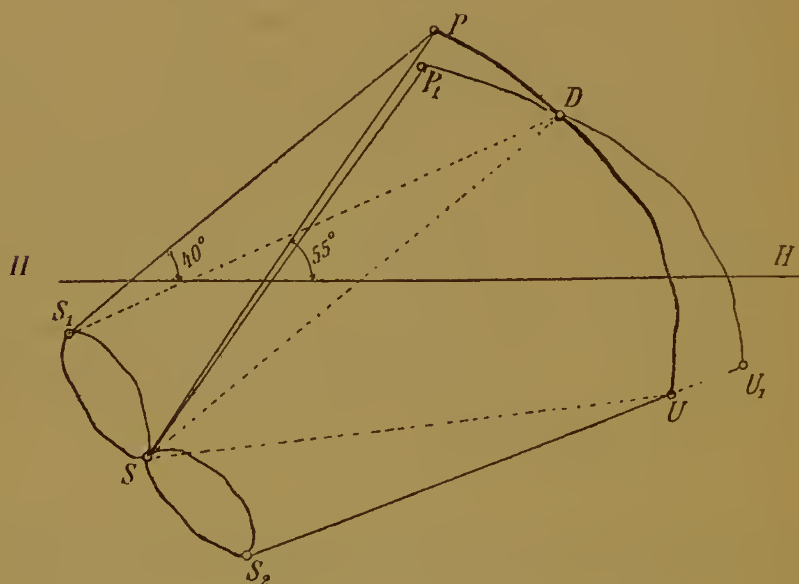


Fig. 32 (1/2 de la grandeur naturelle).

SS_1-SS_2 = 3 cm., symphyse ; HH' horizontale ; P, promontoire ; D, base et centre de rotation du sacrum... U, pointe du sacrum.

tres, ce qui est possible d'après Klein, le diamètre antéro-postérieur est diminué de 1 centimètre. PS-PS_1 = 1 centimètre... Même si la symphyse ne bouge point et si la rotation promonto-sacrée a lieu de 15° autour du point D comme centre, il y a tout de même augmentation au-dessous de D.

En pratique aucun de ces cas ne se présente séparément ; les deux mouvements ont lieu ensemble et il s'ensuit un élargissement des diamètres au-dessous de D.

La posture classique pour la parturition physiologique est donc telle que la femme dans la période d'expulsion fléchisse, écarte et tourne les jambes en dehors, tout en produisant une cyphose en avant du rachis tandis que les bras tirent sur une poignée. Suit un éloge du Gebär-mantel que nous avons décrit page 84 et qui est destiné à remplacer les liens autrefois employés.

BIBLIOGRAPHIE

« Un certain nombre de travaux cités en cet ouvrage n'ont point été de nouveau mentionnés ici. »

Abel (J. Jos.). — *Historiche Gemälde der Lage und des Zustandes des weiblichen Gechlechts unter allen Völkern der Ende etc.* Zurick und Leips., 1802 (Tableau historique des posit. et circonst. des fonct. féminines chez tous les peup. de la terre).
Ablaincourt (D'). — *Réflex. sur le Deventer.* Paris, 1703, p. 117.
Aetius. — *Tetrabiblos*, IV, Serm. IV, cap. 22.
Ahlfeld. — *Lehrbuch der Geburtsh. z. wissenschaft. u. praktisch. Ausbildung*, etc. Leips., 1894, p. 280 (Traité d'accouch. etc.).
Akakia (M.). — *De morb. mulieb.*, lib. II. Paris.
Albert. — Recherches et obs. sur la mort des nouveau-nés par hémor. des vais. ombilicaux et du placenta (Extrait et trad. par Marc des *Ann.* de Henke. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1831, 1re série, t. VI, p. 128).
— *Der Sturz des Kind bei präcipit. Geburt* (Chute de l'enf. dans les acc. précipités).
Alt. — In *Berliner klin. Wochenschr.*, 1872.
Altomari. — *De medendis cap. hum. malis*, cap. 114.
Amand. — *Nouvelles Obs. sur la prat. des accouch.*
Andurant. — *Etude sur l'Obst. en Occident pendant le moyen âge et la Renaissance.* Dijon, 1892.
Andrieux (Brioude). — Hist. des acc. *Ann. d'Obst.*, 1842, I. 58, 129.
Angermann. — *De conatuum pariendi regimine*, Lips, 1756, in Schlegel, *Syll. op. minor.*, t. II, p 518.
Arnaud (Pierre). — *Nouvelles Obs. sur la prat. des acc.*, Paris, 1713.
Astruc. — *L'art d'acc. réduit à ses principes*, 1765.
Audebert. — Les accoucheuses de Toulouse vers 1781. Doc. pour servir à l'hist. de l'obst. au xviiie siècle. *Arch. Méd. de Toulouse*, 1904, X, p. 525-531.
Augier-Dufot. — *Catech. sur l'art des acc.*, 1775.
Auvard. — *Trav. d'obst.*, t. I. Paris, 1889 ; *Traité prat. des acc.*, 3e édit., 1894.
Avelin. — *English Midwifes* (Sages f. Angl.). Lond. 1872.
Avicène. — Liv. III, fen. 21, tract 2, cap. 23 et 24.
Balandin. — *Tagebl. der deutsch. Naturf. Versammlung*, in Kostoch, 1871,

p. 117.— *Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke Schwanger*, etc (*Klin. Vorträge*. Pétersb., 1883, Heft 1).
Bar (**P.**). — Influence de la pos. de la femme sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin. *C. R. du Congr. d'Amsterdam*, 1899.
Barker (**Fordice**). — On Effort to Shorten etc. in *Amer. Jour. of Med. Sc.*, 1862 (Effort pour raccourcir la durée et diminuer la douleur du premier temps du travail).
Barnes. — *Traité théor. et clin. d'Obst.* Trad. Cordes, Paris, 1886.
Bartholin (**Gas.**). — *Exposit. veteris in puerpuerit. ritus*, etc. Romæ, 1677.
Bartholin (**Tho.**).— *Antiquit. veteris puerp. synopsis*. Hafniæ, 1646 (r. et aug. par le précédent en 1676).
Baudelocque.— *Principes sur l'art. des acc.*, publ. par Moreau. Paris, 1838.
Biet. — *Voyage dans l'isle de Cayenne*, 1664, p. 368.
Birnbaum. — *Die regelmässige Geb.*, etc. Berlin, 1862 (L'enfantement normal chez l'homme et ses soins).
Boerhaave. — *De conceptu*, n° 685.
Boissard. — *De la forme de l'excavation*, etc. Th. Paris, 1884.
Bonet (**Théoph.**). — *Méd. sept.*, t. XVII.
Bonnaire et **Buet**. — De la mobilité des art. pelv. et de l'influence de l'att. de la f. sur la capacité des divers étages du bas. (Rapp. *Cong. int. d'Obst. et de Gyn.*, Amsterd., 1899).
Bonnemaison. — *Des acc. rapides et non surv. et de leurs complic.* Th. Paris, 1878.
Bourgeois (**L.**) (**dite Boursier**).— *Obs. divers. sur la stéril.,perte de fruit, fécondité, accouch.*, etc., 1608.
Boursier du Coudray (**Le**). — *Abrégé de l'art des acc.* Paris, 1777.
Brown (**G.**). — *Nouveau voy. dans la haute et basse-Egypte*, t. II, p. 70.
Brudenell Exton. — *New system of Midw.*, Lond. 1751.
Budin. — *Des lésions traumat.* Th. agr. Paris, 1878.
Budin et **Crouzat**. — *Pratique des acc.* Paris, 1891.
Burdach. — *Precipitirte gebucht.* Wchn. F. D. ges Heihl. Berlin, 1840.
Burgevin. — *Consid. gén. sur les soins que réclame l'état de la f. pend. et après l'acc. natur.* Th. Paris, 1821.
Burton. — *Essay towards a Compleat. Syst. of midw.* York. 1758 (Trad. Lemoine, Paris, 1771. Syst. nouv. et complet de l'art des acc., etc.).
Calderini (**G.**) — Sull incliz. del bacino... sotto l'aspetto ostetrico-gin.(*XIe Congr. medico-intern. de Rome*, 1895, vol. V, p. 418). *Atti dell Soc. ital. di Ostet. e Gyn.*, vol. V, Roma, 1898, p. 147.
Camerarii (**Rudolph**).— in *Anecdotes de Med.* par Dumonchaux,Lille, 1766.
Capuron. — *Tableau hist. de l'art des acc.* Paris. — *Méd. lég. relat. à l'art des acc.* Paris, 1821. — *Cours théorique et prat. d'acc.*, 3e édit. Paris, 1823.
Casper. — *Traité pratique de médecine légale*. Paris, 1862

Cazeaux. — *Traité théor. et prat. de l'art des acc.* Paris, 1856 ; *id.*, 1883 (10e édit.).
Celse. — *De medicina*, lib. VII, cap. 23 et 29.
Chaille. — *Dissert. sur la conduite de l'accoucheur pendant le travail de l'enfantement.* Th. Paris, 1829.
Chailly. — *Traité de l'art des acc.*, 1842.
Chapmann. — *Essay of midwifery* (Liv. 3 et 6). Lond. 1733.
Chapmann (Ed.). — *Abrégé de la pratique des accouch.*, 1735.
Charles. — *Cours d'accouchement donné à la maternité de Liège*, 4e édit. Paris-Liège, 1903.
Charpentier. — *Traité d'accouch.*, 2e édit. Paris, 1889. — L'Obstétrique au Japon. *Arch. de Tocologie*, 1879. — L'Obstétrique au Siam. *Union médicale*, 1882.
Chaussier. — *Considérat. sur les soins qu'il convient de donner aux femmes pendant le travail.* Paris, 1824.
Chereau. — Art « Obstétrique » *Dict. encycl. des sc. méd.* (Dechambre), t. XIV, p. 72. — *Les six couches de Marie de Médicis*, racontées par L. Bourgeois.
Chailly. — *Traité de l'art des acc.*, 1842.
Clarke (Jean). — *Province of Midwifery in th. Practice of th. Art*, 1751.
Clément. — *L'Art doit-il intervenir dans les accouchements naturels et quel part. doit-il y prendre.* Th. Paris, 1829.
Coliez. — *Quelques considér. médico-lég. sur les acc. incons. et sans douleur* Th. Paris, 1898-1899.
Collet. — *De l'acc. spont. rapide et de l'expuls. imprévue du fœtus.* Th. Paris, 1904.
Corin. — Ueber ein selt. Fall von Sturzgebucht *Zeitsch. f. med. bea.* Berlin, 1893, p. 97 (chute curieuse dans un acc.).
Corradi (Alfons.). — *Dell'ostetr. in Italia della meta dello scorso secolo fino al presente commentario.* Bologna, 1874-1877 (3 vol.).
Corre. — *Manuel d'accouch. et de path. puerpérale.* Paris, 1885.
Counsil (George). — *The Art of midwifery*, 1752.
Crouzat. — *De la mensur. du diamètre promonto-pubien minimum, etc.* Th. Paris, 1881.
Damascène. — Art cur., lib. 7, cap. 16. Lugd. 1574.
Danyau. — Fract. du crâne dans les acc. spontanés. *J. de chirurg.*, Paris, 1843, t. I, p. 49.
Daremberg. — *Notice et extraits des princ. manuscrits méd.* Paris, 1853.
Danz. — *Programma de arte Obstetr. Egyptiorum.* Giess. 1791.
Decio. — Cenno storico-critico confermativo della priorita d'una peculiare giaatura delle parturienti. *Annal. di ostetric. e gin.* Marzo, 1898, p. 217. — Ulteriori oss. int alla posiz. di Walker. *Ibid.* Maggio 1898, p. 433.
Deleurye. — *Traité en faveur des sages-femmes*, 1770.

Delore et **Lutaud**. — *Traité prat. de l'art des acc.* Paris, 1883.
Deluis. — Animadv. nonnullæ ad partum faciliorem spectantes (Quelq. remarq. pour rendre l'acc. plus facile). Erlangæ, 1760.
Deumann. — *An Essay on Natur. Labour.* 1786.
Depaul. — *Leçons de clinique obst. rédig. par de Soyre.* Paris, 1872, p. 344 et 311-313. — Un accouch. dans la rue. *Journ. des sages-femmes*, 1882, p. 9.
Desormeaux et **Dubois**. — Art. « Accouch. » du *Dict. de méd. ou répert. des scienc. méd.*, 1re édit. 1821 ; 2e édit. 1832.
Deventer. — *Obs. import. sur le manuel des acc.*, trad. d'Ablaincourt, 1734. — *Novum lumen Obs.*, cap. 38.
Devergie. — Art. « Infanticide » du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1829. — *Méd. lég.* Paris, 1840. — *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1832, 1re série, t. VIII, p. 351.
Dezeineris. — Art. « Accouch. » du *Dict. Hist. de la méd.*
Didelot. — *Instr. pour les sages-femmes*, 1771.
Dionis. — *Traité général des acc.* Paris, 1718.
Dornseiff. — Posit. sur les genoux. *J. de Bruxelles*, 1861.
Douglas (**G.**). — *A short Account of the succes of med.* in London and Westmenster, 1726.
Driver (**G. W.**). — *Boston med. and surg. journ.*, 15 septembre 1887, p. 243.
Duncan (**Math.**). — *Contribution to the mecanism of parturit.*, trad. Budin (Mécanisme de l'accouch.), 1876, p. 68 et suiv.
Duges. — Art. « Accouch. » du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1829.
Dupouy. — *De la rupture complète du cord. ombil. pendant l'accouch.*
Dusse. — Ad restituendam utero elasticitatem et robur, etc. *Hist. de l'Academ. roy.*, 1724.
Eifer. — L'obst. chez les sauvages. *Avenir méd. et thér.*, avril 1905.
Enault. — *Diss. sur la conduite de l'acc. pendant le trav. de l'enfant.* Th. Paris, 1821.
Engel. — *Diss. inaug. chirur. med. de arte obstet.*, Heidelberg, 1731.
Engelmann. — Labor amung. primitiv. 1880, trad. Rodet (*Prat. des accouch. chez les peuples prim.*), Paris, 1886 (Cf. *Die Geburt bei den Urvölkern*, Hennig, Wien, 1884).
Farabeuf et **Varnier**. — Partie gén. du canal pelvi-génital. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1891. — *Introduct. à l'étude clin. des accouch.*, Paris, G. Steinheil, 1891.
Farabeuf. — Dystocie du dét. sup., mécanisme. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1894. — Mécanisme de l'accouch., etc. *Normandie médic.*, Rouen, 1894.
Faust (**B.-Ch.**). — Güter Rath an Frauen... *Nebst ein Schreib. von Böttiger über das Gebären den Alten u. den Fragm. eines chinesisch. Hebammen katechismus*(Bon conseil aux femmes avec un écrit de Boltigersur les accouch.

des Anciens et un fragm. du catéchisme des sagesfemmes chinoises), Hannov. 1811.
Feder. — *Diss. de cura et regim. parturient.* Götting, 1791.
Fehling. — Ueber Verwending der Hangelage nach Walchers, etc. (Sur l'emploi de la posture de Walcher). *München. med. Wochenschr.*, 1894, nº 44.
Felkin (Rob). — *Edimburg med. Journ.* (avril 1884), trad. Boucher, in *France méd.*, Paris. — Note on labour in central Africa. *Journ. L'homme*, 1884.
Fielding (Ould). — *A treatise of Midwif.* in three Parts.
Filhastre. — *Essai sur la situat..de la f. dans le trav. de l'aceouch.* Th. Montpellier, 1816.
Fischer. — *Bemerkungen über die Englis. Geburtshülfe* (Remarques sur l'obst. anglaise). Gütting, 1797.
Fischer. — *Vade mecum d'obst. et de gyn.*, Paris, 1902.
Fothergill. — A clinic. note on the advantages of Walcher's pos. in delivery. *Edimburg med. journ.*, Luglio, 1895.
Fournier. — *L'accoucheur méthodique.*
Frankel. — Posit. sur les genoux. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1871.
Franz (Jo-Geo-Fried). — *Archeologia artis obst. et puerpuerii.* Lips.,1784.
Fried (Geo Alb.). — *De jure obstetr. secundum statuta Argentoratensia.* Argent. 1758-1760.
— *Anfansgrüde der Geburtsh* (Eléments d'obst.). Strasburg, 1769. Tab. III.
Gallego de la Serna. — *Oper. phys. med. Lugdunum*, 1634.
Galien. — *Œuvres*, publ. par Daremberg. Paris, 1854-1856.
Gardien. — *Traité compl. d'acc. et de mal. des filles.* Paris, 1816.
Giffard. — *Cases in midwif.* London, 1734 (Et en particul. case 94, p 229).
Gehler. — *De partus natural. adminieulis* (Des soins de l'enfantem. naturel). (Sect. I, § 6, p. 367 ; sect. II) Lips.1772 repr. in Schlegel, *Syll. op. minor.*, t. II, p. 343-376. Lips. 1756. — *Prog. de partur. situ ad partum apto* (De la posit. de la f. favorable à l'acc.). Lips. 1789.
Gonnet. — *Du triangle de dégagement.* Th. Lyon, 1903-1904.
Gonthier (J.). — *Gynæc. commentariol. de gravidorum, parturientium*, etc.
Goodel. — Some ancientes method of delivery. *American journ. of obst.*, 1871, 1872 et (t. IV) 1886.
Gouktcheff (Imanoff). — *Prat. des acc. en Bulgarie.* Lille, 1899.
Grall. — *Déchirures du périnée.* Th. Paris, 1876.
Grau. - *Cubilium sedelinmque usui obstetrieio inservient reeentiss. conditionem ac statum exponit.* Marpurg, 1771 (Usage obstétrical des chaises et lits).
Greening. — *An Introduetory Leeture on the theory and Practice of Midwif. beïng an Historical account of the Subject.* London, 1832.

Gudius. — *Diss. de Ebraïca obstetr. origine quæ Exod.*, I. 15, *commemorantur.* Lips. 1724.

Guillemot. — *Des opérations*, ch. III ; — *Des accouch.*, liv. II, chap. V.

Guillemeau. — *Traité de l'heureux accouch.*, 1609 ; — *De la gross. et de l'accouch. des f.*, etc., 1621.

Guillout. — Un accouchement précipité. *Gaz. méd.*, Nantes, 1895-1896, p. 9.

Gunz (Just. God.). — *Diss. de commodo parientium situ*, 1742, in SCHLEGEL, *Syll. op. minorum*, t. II, p. 437. Lips. 1756.

Haller. — *Bibliothèque médico-chirur.*, p. 499-500. Th. médico-chirur., Traduct. MAQUART, 1757.

Hamilton. — *Element of the practice of Midwif.*, 1775.

Hamonic. — Une chaise d'acc. au XVIIIe siècle. *Revue clin. d'Androl. et de Gyn.*, Paris, VIII, 1902.

Hawantare. — *Ayurwedas*, rédigé par SUSRATA, trad. du sanscrit par le Dr HESSLER. Erlangæ, 1844.

Heister. — *Chirurgia*, sect. V, cap. CLIII.

Hellkake. — *Precipit. Geburt.* Th. Wurzburg, 1898.

Hemenway. — Posture during Labour. *Americ. j. of obst.*, 1886, p. 575.

Hildebrandt. — *Die Krankeiten des äussern weiblichen Gen.* Stutg. 1878.

Hippocrate. — *Œuvres complètes* (Trad. LITTRÉ, Paris, 1839-1861), t. VII, p. 455 et sq. ; t. VIII, p. 79 et sq. Liv. I : « Des maladies des femmes ».

Hoefft. — Die Behandlung der vierte Geburts periode, etc. (Traitement de la 4e période de l'acc... avec un court exposé histor.) in *Neue Zeitsch. Geburtshunde*, 1812 (p. 38).

Hofmann. — *Nouv. élém. de méd. leg.* Trad. LÉWY, 1881.

Hohl. — *Lerbuch des Geburtsh.* (Traité d'obst.). Leips. 1862 ; — Ueber Lage und Lagerung der Kreissenden (Situation et attitude des parturientes), in *Deutsche Klinik*, 1869.

Hoorn (van). — *Libell de arte obstetric. Germ.* Stockolm, 1726. Obs. 19, p. 253.

Hornungi (Cl.). — *De parturientium situ.* Dissert. Argent. 17 (40 ?)

Hubert. — *Cours d'accouchement*, 1869.

Hureau de Villeneuve. — *De l'accouchement dans la race jaune.* Th. Paris, 1863.

Imbert. — *Accouchement de Thamar.* Lyon, 1846.

Israel. — *Diss. historico med. inaug. exhibens collectanea gynæc. ex Talmud. Babylonie.* Gröning, 1845.

Jakson. — *Caution's to women respecting the state of pregnancy. the progressif lab. and deliv.* London, 1798.

Jaks. — Ueber die Statik und Mekan. der weibl. Bekens, in *Zeitsch. f. Geburs h. u. Gün.*, Leips. 1905, Bd. LIV, Heft 2 ; — Der Gebärmantel, in *Centralblatt fur Gün.*, p. 1229. Leips. 1900.

James. — *Dict. Univ. de méd.*, etc., trad. de l'anglais par DIDEROT, EYDOUS

et Toussaint, revue, corr. et augm. par M. Jul. Busson, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, 1747.

Jason de Patris. — *De Pariente et Partu.*

Jayet. — *Des fractures du crâne chez le nouveau-né.* Th. Paris, 1858.

Jobert. — *Dissert. sur le régime ou les règles d'hygiène particulières aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement*, etc. Paris, 1806.

Johnson. — *A New System of midwif.*, 1796.

Josephi. — *Ueber die Haltung u. Langerung der Kreisend.* (maintien et position des parturientes). Rostok, 1842.

Joubertus (Laur.). — *De vulgi erroribus*, lib. IV, cap. 2.

Joulin. — *Traité d'accouchement.*

Kall. — *De obstetric. matrum Hæbreor. in Ægypto.* Hamburgi, 1740.

Kangawa. — San Rong, Omi (Japon) 1767 (Trad. Müller et Charpentier, in *Arch. de Toc.*).

King. — *Amer. j. of med.*, avril 1853.

Kiproff. — *Contribut. à l'étude des accouchements par surprise.* Th. Paris, 1903-1904.

Klein (G.). — Die Hängelage vor drei Jahrhundert (L'extension il y a trois siècles). In *Centralblatt f. Gyn.*, 1897, n° 45, p. 1350. — Zur Mekanik des Ileosacralgelenkes (Mécanique des art. sacro-iliaques). *Zeitsch. f. Geb. und Gün.*, 1861, Bd. XXI, Heft 1. S. 74.

Knolle (Frid.). — *Epist. de artis obst. historia.* Argentinæ, 1773.

Korch. — Cf. *Zeitseh. f. Geburts. und Gün.*, Bd. VI, Theil. 1, sect. X.

Kotelmann. — *Die Geburtsh. bei den alten Hebraern aus des Alttestamentl.* (L'obst. de l'Ancien Testament). Marburg, 1876.

Krebel (R.). — Volksmedicin und Volksmittel verschiedener, Volkerstamm Russlandes. *Médecine et remèdes populaires des Russes*, 1858.

Kübig. — Precipitirte Gebucht (acc. précipités). *Friedreich's Blatt. f. gerick med.* Nürnberg, 1880, p. 341.

Kuneke. — *Die vier Factoren der Geburt* (Les 4 facteurs de l'acc.), 1869.

Kuster. — Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke, etc. (Sur la mobilité des articulations pelviennes, etc.). *Centralblatt f. Gün.*, 1895, n° 50, p. 257.

Laborie. — Etudes sur le bassin. — Rôle des symph. pendant l'acc. *Gaz. hebd. de méd. de Paris*, 1862. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1862.

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements* (publié par Duges, 1825).

Lafond (G. Poché de). — *De partu necnon de auxiliis erga parturientes ac puerpueros* (De l'acc. et surtout du secours aux part.). Th. Monsp. 1775.

Lahs. — *Zur Mechanik der Geburt.* Berlin, 1872. — *Theorie der Geburt.* Berlin, 1877.

Lambrecht (Docteur en droit et en médecine, Hollandais). — *Manuductio obstetricantium*, 1731.

Latorre. — La posizione a gambe pendenti, etc. in Supp. al *Policlinico*, 8 Gennaio 1898, p. 217.

Lecler. — *Hist. de la méd. arabe*. Paris, 1876.

Legros. — Lettres obstétricales. *Gaz. des hôpitaux*, 1864 (in m. l.).

Lemarie. — *Etude sur le traité d'acc. de Ph. Péu*. Dijon, 1891.

Ler (J.). — *Hist. navale iu Brasil*.

Leroy (Alp. L. V.). — *La pratique des accouchements*. Paris, 1776.

Lesure (de Renwez). — Cas de Dystocie. *Gaz. des hôp.*, n° 23, 25 fév. 1864, p. 92.

Levret. — *L'Art des accouchements démontré par des principes de phys. et de mécan.*, 3e édit. 1766. — *Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés de l'art des accouchements*. Paris, 1766.

Leynsecke (Ch. van). — De l'obst. chez les Juifs. *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*.

Lichtenstein. — *Spätfolgen des Entbindungsverfahrens nach Rossi* (Du lent progrès, dans les méthodes d'acc. en Russie).

Litzmann. — *L'accouchement dans les rétrécissements du bassin* (Trad. Thomazet). Lyon, 1889.

Lorain (Paul). — *Dict. de méd. et de chir. pratiques* (Jaccoud). Art. « Acc. (Méd. lég.) ». Paris, 1864.

Ludwig. — *Warüm lässt man die Frauen in den Rukenlagen gebären* ? (Pourquoi laisser accoucher les femmes en décubitus dorsal ?)

Lunet de la Jonquières. — *Ethnographie du Tonkin septentrion*. cité in *France médicale* (Rites et coutumes de l'acc., etc., par Dayot), p. VII, 25 fév. 1907.

Luschka. — Die Kreuz Darmbeinfuge und die Schambeinfuge (Articulations sacro-iliaques et pubiennes). *Archiv f. pathol. Anat.* Bd. VII.

Lutaud. — Art. « Sages-femmes » du *Dict. encycl. des Sciences méd.* 1878.

Manningham. — *Artis obstetricandi compendium*, 1739.

Marc. — Art. « Accouchement » du *Dict. de méd.* Paris, 1832, 2e édit.

Mattei (A.). — *La maternité et l'obstétrique chez les anciens Hébreux*. Paris, 1857.

Maubray. — *The Female physician*. London, 1724.

Mauriceau. — *Obs. sur la gross. et l'acc. des femmes*, 1695. — *Des maladies des femmes grosses*, t. II. Paris, 1718.

Maygrier. — *Nouveaux éléments de la science et de l'art des acc.* Paris, 1817, 2e édit.

Meckeliano ab Henkelio. — *Abhandlung von der Geburtshülfe* (Traité d'Obst.).

Mederer. — Hebarzneigeschichte und Kunst. Herausgegeben von Rehman. *Hist. et art des acc.*, édité par Rehman.

Meissner (F.-L.). — *Forschungen des neunzehnten Jahrhunderts im gebiete*

der Geburtsh. etc. (Recherches faites en obstétrique durant le XIXe siècle). Leipsig, 1833.

Melli (**Sebast.**). — *La commare levatrice instruita nel suo ufizio*, etc. Venezia, 1721 (éd. G. Batt Reauti).

Mercatus (**Lud.**). — *De Mulier. affectu.* Lib. IV.

Menzer. — *De sellæ obstetricia usu et optima ejus forma.* Goetting, 1812.

Mercurio (**Scipio**). — *La commare o Riccoglitrice divisa in 3 libri.* Venezia appresso, G.-B. Ciotti, 1595.

Mesnard (**J.**). — *Guide des accoucheurs.* Rouen.

Meunier. — *Les excentricités physiologiques.* Paris, 1889.

Meursius (**G.**). — *De puerpuerio Græcorum syntagma.* Lips. 1785.

Meyer. — *Archiv f. Anat. med. Entreicheluugs geschiehte.* Leips. 1878.

— *Recherches hist. sur la prat. de l'art des acc. à Bruges depuis le* XVIe *siècle jusqu'à nos jours.* Bruges, 1843.

Meyer (de Zurich). — *Statik u. Mechau. des menshlichen Knochengerüsts,* 1873.

Michaelis (**J.-F. von**). — *Rosprawa historyezna osztnee polocniezey jy wzrose i potrebie widoskanalenia ancy.* (Recherches histor. sur les accouch. en Pologne depuis l'origine jusqu'à nos jours). Wilna, 1811.

Millot. — *De l'obstétrique en Italie.* Paris, 1882.

Mollet. — *Médecine chez les Grecs avant Hippocrate.* Paris, 1906.

Moschion. — *De mulierum passionibus* (éd. F.-O. Dewez). Vienne, 1793, chap. XLVII et XLIX. — *De mulieribus affect.*, Basileæ, 1538, cap. 48.

Moreau de la Sarthe. — *Hist. nat. de la femme*, 1803, p. 511.

Mosso et Pellacani. — *Sulle funzioni della vescica.* Memoria letta nella studo del 1 maggio 1881, Roma repris de Atti d. r. Acc. del Lincei (*id.*) (au sujet des expériences).

Mottius. — *Réflexion sur l'obst.*

De La Motte (**Guill. Mauquest**). — *Traité complet des accouch. naturels, non naturels et contre nat.*, 1721.

Murphy. — An inquiry into the Management of the first stage of Lab. (Recherches sur la conduite de la première période de travail) in *The Dublin journ of Med. Science*, 1837, p. 180 et 1841, p. 75.

Nægelé et Grensir. — *Traité prat. de l'art des accouch.*, traduit de l'All. Paris, 1880.

Négrier. — Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon ombilical au terme de la gestation. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1841 (1re série, t. XXV, p. 126).

Nekajski. — *Déchirures centrales du périnée.* Th. Paris, 1898-1899.

Nolde (**A.-F.**). — *Notizen zur Culturgeschichte des Geburtsh. in dem Herzogthum Braunschweig* (Notice sur l'hist. de l'obstét. de Brunswig). Erfurt, 1807.

— *Die neuestein System deutscher Geburtsh. seit dem Anfange des* XIXe *Jah-*

runderts (Du nouveau syst. de l'obstétrique allemande depuis le début du XIX[e] siècle). Erfurt, 1808-1811.

Nusche. — *Litter. historiche und prakt. Unterricht in den Entbindungskunt.* Leçons hist., litt. et prat. de l'art obst., trad. de Leroy par Nusche, Frankfurt, 1779 (cité à cause des additions).

Olshausen . — Volkmann's Samml. *Klin. Vorträge*, 1872 (nº 44).

Osborne. — *Essay on the Practice of Midwif.*, 1792.

Ossian. — Position sur les genoux. *Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, 1861.

Ossiander. — *Lehrbuch des Entbindungskunst* (Traité des accouch.), 1797, Freiburg ; 1799, Gœttingen.

— *Bemerkungen über die Franzos. Geburtsh.*, etc. (Remarques sur l'obst. franç.). Hannover, 1813.

— *Abhandlungen von dem Nutzen und der Bequemlichkeit der Steinschen Geb.* (Diss. sur l'utilité et la commodité des chaises d'accouch.). Tubingen, 1790.

— *Geburtsstühle oder Besch. in Abhandl. des Geburtsstuhles* (Position de l'accouchement ou description des chaises d'accouchement). Tubingen, 1820, Kpf.

Ossieur. — De la position sur les genoux et les coudes considérés au point de vue tocologique. *Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, 1851.

Pannetier. — *Contrib. à l'étude des accouchements chez les primipares très jeunes.* Th. Paris.

Paraeus. — *De hominis gener.*, cap. 26.

Paré (Ambr.). — *De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants du ventre de leur mère.* 1573, liv. 24, ch. 22 ; liv. 34, ch. 36, in *Œuvres complètes*, Paris, 1840-1841.

Pascal. — *De la rupture du cordon ombilic. et des fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue médico-légal.* Th. Montpellier, 1896.

Paul d'Ægine. — *De re medica*, Lib. III, Cap. 76.

Perret. — Observation de rupture spontanée du cordon ombilical dans un accouchement normal. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1888. 3[e] série, t. XIX, p. 55.

Peu (Ph.). — *Pratique des accouchements*, 1694.

Penard. — *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.* Paris, 1883.

Pictorius. — *Gynæcia.* Francfort, 1575

Pigray. — *Epitome des préceptes de méd. et de chirurg.* Liv. III, ch. VI, p. 493.

Pinard. — *Rapp. au Congrès int. des scienc. médic.*, Rome, 1894, in *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1894. — *Notice sur les titres et trav. scient.* Paris, 1889. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. LII, p. 47.

Pinard et Varnier. — *Étude de l'anat. obstét. normale et path.* Paris, 1892.

Pinoff (Isid.). — *Artis obst. Sorani Ephesii doctrina, etc. Diss. in. historico-obstet.* Vrastislaviae, 1841.

Pinzani. — La positione de Walcher. *Atti della Soc. ital. di ost. e ginec.* Vol. V, Roma, 1898, p. 3.

Placet. — *L'obstétrique, aux* XVIIe *et* XVIIIe *siècles*. Paris, 1892.

Platner. — *Prolusio de arte obst. veterum in opusc.* (de Platner). Leips. 1735.

Platon. — *Theitete*, trad. V. Cousin, t. II.

Plaute. — *De puerpuera*. Trucul. acte 2, Scène I.

Plenk. — *Aufangsgründe der Geburtsh.* (Eléments d'Obst.), 1768.

Ploss. — *Ueber der Lage und Stellung der F. während der Geburt.* (Sur l'attitude de la femme pendant l'accouchement). Leipsig, 1872.

Polaillon. — Recherches sur la phys. de l'utérus gravide. *Arch. de physiol. norm. et path.* ou *Ann. de gyn.*, 1880.

Portal (maître en chirurgie). — *Pratique des acc. soutenue d'un grand nombre d'obs.*, 1685.

Poullet. — Tocographe. *Arch. de tocol.*, février 1880, t. VII, p. 65 et sq. ou *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1878, t. IV, p. 476 et 1879, t. V, p. 8.

Pover. — *A treatise on midw.* etc. (Traité d'acc. développant les nouveaux principes pour diminuer les souffrances de la patiente et abréger la durée du travail).

Pozzi. — Pro Melli. *Ann. di Ost. e Gin.* Maggio. 1898, p. 441.

Puzos. — *Traité des acc.*, 1759, publié par Morissot-Deslandes.

Radier. — *Déchirures du périnée, etc.* Thèse Paris, 1894.

Ranaivo. — *Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux acc.* Thèse Paris, 1902.

Ramazzani. — *Essais sur les maladies des artisans*, trad. de Fourcroy, Paris, 1777. Cf. *France médicale*. Dans les vieux livres, « Maladies des sages-femmes », 25 juin 1906.

Raposo (Bettencourt). — *A posicao de Walcher.* (*Med. contempl.*). Lisb. 1900, t. 2, s. III, 243-245.

Rauchinus. — *De morbo in partu*, p. 134.

Redslob (A.-M.). — *Comment. de Hebraeis obstetricantibus.* Leipsiæ, 1835.

Rehfeld et **A. Morien.** — *Traité mécanique et raisonné de l'art des acc.*, 1769.

Rehmann. — *Zwei chinesiche Abandlungen über die Geburtsh.* (Deux traités chinois d'Obst.). Petersb. 1810 (1812).

Rhodion (Eucharius). — *Der Schwangerer Frauen und Hebammen Rosengarten.* Argent. 1513-1528, édité en latin « De partu hominis et quæ circa ipsum accidunt », 1532, trad française, L.-P. Bienassi « Des divers travaux et enfantements des femmes », 1536, chap. IV.

Ribemont-Dessaignes et **Lepage.** — *Précis d'Obstétrique*, 6e édit. Paris, 1904.

Rigby. — *Medical Times and Gazette*, 1857.

Robbinowikz. — *La médecine du Talmud.* Paris, 1880.

Rocheus. — *De morb. mulier. cur.*, caput 28.
Rœderer. — *Elementa artis obstetriciæ*, 1752 (trad. Patris).
Roeslinus (le même que *Rhodion*). — *De arte obstetricia.*
De la Roque. — *Voyage en Palestine.* Paris, 1717.
Rueff. — *De conceptu et general. hominis.* Zurich, 1554, Francfort, 1587.
Sallé. — *Déchirures du vagin pendant le travail de l'acc.* Th. Paris, 1892.
Samgen (Adrian van). — *Oratio de praestantia recentiorum in arte obstetr. progressum.* Middelburgi, 1793.
Sarrat. — *Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne.* Th. Bordeaux, 1891-1892.
Sazyma (Franz). — *Diss. inaug. sistens tentamen historiæ medicæ, speciali respectu habito ad artem obstetriciam.* Pragæ, 1814.
Scabia (O.). — Confronto die duo disegni ostetrici : l'uno del Mercurio. (1593), l'altro del Melli (1721). *Bollet. della societ. bolognese delle levatrici*, fasc. IX, 30 settembre 1898, p. 507.
Scharp (Jane). — *The Midwives Book on the whole Art of Midwif discovered*, etc., 1671.
Schatz. — Beitrage zur physiologisch. Geburtskunde. *Arch. f. Gyn.*, t. III, 1872, p. 38 et XXVII, 1886, p. 284.
Schenchius. — *Gynœcia.* Francfort (?), 1606.
Schlosser. — *De divis obstetricantibus et circa partum recens editum occupatis ex antiquitate romana nonnihil.* Francfurti, 1767.
Schrœder. — *Manuel d'accouch.*, trad. Charpentier. Paris, 1875.
Schreger. — *Uebersicht der Geburtshülflichen Werkzenge und Apparate* (Examen des instruments d'accouch. et des appareils). Erlang, 1810.
Schultz. — *Ienaische Zeitsch. f. Geb.*, t. III.
Schützercranz (Herm.). — *Tal om dem tilvaxt et och de hinder, som barnförlossningsvetenskabenhaft.* Stokolm, 1777.
Schweighaeuser. — *Tablettes chronol. de l'hist. de la médecine puerpuérale.* Strasbourg, 1806.
Schweikhard. — *Tentamen catologi rationalis dissertationum ad artem obstetriciam spectantium ab anno* 1515 *ad nostra usque tempora.* Francof. 1795.
Sermon (William). — *The englich midwif.* London, 1671. — *The compleat midwif. practice enlarg.*, sect. 4, chap. II. London, 1699.
Sernicoli Asdrubali. — *Trattato generale di ostetricia*, 2e édit. Roma, 1812.
Short. — *Obstetric. transactions*, 1863, IV, p. 210.
Sicard. — *Inversion de l'utérus.* Th. Paris, 1891-1892.
Siebold (Von). — *Lettres obstétricales* (trad. Morpain). Paris, 1866.
Siebold (E.-G. Von). — *Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe.* Berlin, 1839-1845, trad. Hergott. — *Essai d'une hist. de l'obstétricie*, Paris. G. Steinheil, 1891-1894.
— *Eine Zeitschr. zur Vervollkommung der Entbind.* (Revue pour le perfection-

nement de l'obstétrique). — *Comm. de cubilibus sedilibus que usu obstetricio inservientibus*. Gœtting, 1790. — *Ueber ein bequemes einfaltes Kissen zur Erleichterung der Geburt*. (Sur un coussin commode et simple pour soulager l'accouchement). Berlin, 1818.

Smellie (**Guil.**). — *Treatise on the Theory and Practice of Midwif*. 1752 (trad. de Treville, Paris, 1771).

Snell. — Case of sudden delivery in erect posture, in *Brit. med. Journ*. London, 1895, p. 1067.

Solingen (**Cor.**). — In *Embryulciae*, cap. 12, La Haye, 1673. *Von dem amt und pflicht der Hebammen*, cap. 25 (De la direction et des devoirs des sages-femmes).

Sonnini. — *Voy. en Grèce et en Turquie*, 1801, t. II, p. 93.

Soxtorph (**Matt.**). — *Abrégé de l'art des accouch.*, 1776.

Spachius. — *Gynaecia*. Francfort (?), 1597.

Sporh (**Franz vom K.-H.**). — *Trad. des essais hist., litt. et crit.* de P. Sue, Attemburg, 1786-1787 (cité pour les additions).

Stein. — *Anleitung zur Geburtshülfe*, trad. par Briot, *L'art d'accoucher*, Paris, an XII, 1804. — Was war Hessen Geburtsh, etc. (*L'obstétrique en Hesse*, etc.), 1819. — *Kurze Beschreibung einer neuen Geburtshül. und Bettes*, etc. (Description d'une chaise à accoucher et d'un lit, etc.). Cassel, 1772.

Steidele. — *Unterricht f. die Hebammen* (Eléments pour les sages-femmes), 1774.

Stolz (**J.-A.**). — *Consid. sur quelques points relatifs à l'art des accouch*. Strasbourg, 1826. — Art. « Acc. », in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat*. (Jaccoud), 1864.

Storch (**J.**). — *Unterricht f. die Hebam. nach den neusten Accoucheurs*, etc. (Leçons pour les sages-femmes d'après les nouveaux accoucheurs et ma propre expérience).

Sue. — Mémoire sur l'état de la chir. à la Chine. *Recueil périod. de la Soc. de méd*. Paris, t. IX, p. 16, 58, 121-156. — *Essays hist., litt. et crit. sur l'art des accouch.*, etc. Paris, 1779.

Susruta. — *Ayuverdas* (4e Vedas).

Tardieu. — *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* (de Jaccoud), Art. « Infanticide ». — *Etude médico-légale sur l'infanticide*, 1868.

Tarnier, **Chantreuil** et **Budin**. — *Traité de l'art des accouch*. Paris, G. Steinheil, 1882-1901.

Telinge. — *Cours d'accouch.*, 1775.

Thebesius (**d'Hirschberg**). — *Hebammenkunst* (Obstétrique).

Thévenin. — *Traité des opérat.*, chap. 119, *Œuvres*, Paris, 1669.

Thomson (**Geo**). — *The compleat midwifes practice*, 1680.

Thompson (**Will.**). — *Science et art des acc.* (trad. Doleris).

Thomasinus. — *De Janariis et tabellis votivis*, p. 114. Patav, 1654.

Tourdes. — *Dict. encycl. des Sciences méd.* Art. « Accouch. méd. lég. », p. 468. Paris, 1864.

Toussaint (L.). — *Journ. des acc.*, mars, avril, mai 1904 ; *Parf. Nour. Journ. mens. des acc.*, juillet août 1903.

Varnier. — Simple comparaison. Méthode de trait. des viciations pelv. *Ann. de gyn. et d'obst.* Paris, 1895. — *Du détroit infér. muscul. du bassin obstét.* Paris, 1888. — *La* symphyséotomie, *Rapp. au XIIe Cong. int. des Sc. méd.*, Moscou ; *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1897, t. XLVIII, p. 189. — *La prat. des accouch.* (*Obstét. Journ.*), Paris, 1900, p. 174 et sq. — De l'acc. forcé, *Revue prat. d'obst. et pédiatrie*, Paris, 1891, p. 237, 289, 321. — Les bassins rétrécis sont-ils dilat. sans symphyséot. *Ann. de gyn. et d'obst.*, vol. X, Paris, 1894.

Velpeau (Alf.). — *Traité complet de l'art des acc.*, 2e édit. Paris, 1835.

Verrier. — *Leçons sur l'acc. comparé dans les races humaines.* Paris, 1886. — *Historique de l'art des acc.* Leçon recueillie par A. Violli. Paris, 1867. — Des différentes postures de la femme pendant le travail. *Bull. de la Soc. obst.et gyn. de Paris*, t. I, 1885. — Classif. des postures obst. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, t. I, 1886, p. 44.

Veydlict. — *Lehre der Geburtshülfe* (Leçons d'Obst.). Vienne, 1797.

Viardel (Cosme). — *Obs. sur la pratique des acc. natur., contre nature et monstr.* Paris, 1671.

Vibert. — *Précis de méd. légale*, 6e édit. 1903.

Ville (P.-A.). — *Reflex. hist. et synth. sur les acc. en général.* Thèse Paris, 1864.

Vogler. — *De arte obstetricia.* Diss. inaug. Rintellii, 1746.

Vallien. — Un cas d'acc. précipité dans les latrines. *Bull. Hôp. franç. de Tunis*, 1902, p. 177-179.

Walcher (G.). — Die Conjugata eines engen Beckens ist keine konstante Grösse, etc. (Le conjugué d'un bassin rétréci n'est pas de grandeur constante). *Centralblatt f. Gün.*, 1889, n° 61, p. 892. — Die Erweiterungsfähigkeit der Conjugata eines engen Beckens (L'ampliatation du conjugué d'un bassin rétréci). *Med. Korrespond. d. Wurtembu. ärz. Landeswereins*, 1890, Bd. LX, n° 5.

Welcher (F.-G.). — Zu den Alterthümern der Heilkunde bei den Griechen (Pour les curieux de la méd. ancienne chez les Grecs). In Hecher's, *Viss. Annalen*, XXVII, 129.

Welphius. — *Gynæcia.* Bale, 1575.

Wiedmann (Barbe). — *Kurze Anleisung Christlicher Hebammen* (Instructions aux sages-femmes chrétiennes), 1738.

Widal. — Les acc. chez les anciens hébreux, in *Gaz. hebdom.*, n° 21, 25 mai 1877.

Wigaud. — *Ueber die Geburtsstühle und lager* (Chaises et lits d'accouch.). Hamburg kpf.

Winckel. — *Ueber die Behandlung precipitert Geburt.*, etc. (Traitement des acc. précipités), p. 52. München, 1884.
Witting (A). — Sugli inconvenienti della pos. des Walcher. *Chir. med.* Pisa, 1902, VIII, 38-40 ou *Archiv. Ital. de ginec.*, Napoli, 1902, V, 52.
Witkowski. — *Hist. des acc. chez tous les peuples*. Paris, G. Steinheil, 1887.
Witurg. — *Prægnans Hippocratica ex aphor.*, IV, 29.
Wolphiüs. — *Gynæcia*. Bâle, 1575,
Zaglas. — Rapport de Gürdner et Barlow sur les travaux de Zaglas. *Monthly journ. of med. Science*, 1851, XIII, p. 289.
Zambaco. — *Communic. au Congrès de Copenhague.*
Atti della Soc. ital. di Ost. e Gyn, vol. V. Rome, 1878, p. 39 et 40.
****Dict. de méd.*, par Adelon Beclard, etc. Paris, 1821. Art. Accouch., etc.
****Nouv. Dict. univ. et raisonné de méd. par une soc. de médecins* (Nicolas, docteur régent du coll. de Nancy, etc.). Paris, 1772. Art. Accouch., etc.
****Geschische der Forschungen über den Geburts-Mechanismus*, etc. (Hist. des études sur l'Obst. depuis les premiers temps jusqu'en 1753). Giessen, 1854-1859 (2 vol.).
****Gynæcia*. Strasbourg, 1544.
***Verhandiungen der deutschen Gesellschaft f. Günäkologie*, Bd. V, St. 47.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).